

Opinnäytetyö (AMK)

Terveysala

Sairaanhoitaja (AMK)

2015

Emmi Keskitalo & Vera Vänttinen

HAAVAKARTOITUS SALON KAUPUNGIN TERVEYS- JA VANHUSPALVELUILLE



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala | Sairaanhoidaja (AMK)

Joulukuu 2015 | 39 sivua ja 4 liitettä

Ohjaajat Sirpa Nikunen ja Tiina Pelander

Emmi Keskitalo & Vera Vääntinen

HAAVAKARTOITUS SALON KAUPUNGIN TERVEYS- JA VANHUSPALVELUILLE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli saada kokonaiskäsitys Salon kaupungin terveys- ja vanhushuolteen asiakkaiden haavoista haavakartoituksen avulla. Tavoitteena on haavakartoituksen avulla kehittää asiakkaiden haavanhoitoa.

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin kyselyä. Aineiston keruu tapahtui jo valmiiksi laaditulla haavakartoituslomakkeella, minkä käyttöön oli saatu lupa. Lomaketta on käytetty aiemmin Turun kaupungilla. Aineisto kerättiin lokakuun 2015 aikana. Lomakkeita palautui yhteensä 87, mutta haavoja oli yhteensä 103, sillä seitsemään lomakkeeseen oli täytetty useampi haava. Aineisto analysoitiin SPSS- ohjelman avulla ja sisällön analyysillä tilastollisesti käyttäen apuna prosentteja ja frekvenssiä.

Opinnäytetyön tulosten mukaan suurimmaksi haavatyypiryhmäksi osoittautuivat krooniset alaraajahaavat. Suurin osa haavoista sijaitsi sääriässä ja nilkoissa, sekä olivat kestoaltaan alle kaksi kuukautta. Haavatuotteista eniten käytettyjä olivat polyuretaanivaahdosidokset ja hydrofibrosidokset ja lisäksi melkein kaikissa oli maininta passiivisten hoitotuotteiden käytöstä. Suurinta osaa haavatuotteista oli kokeiltu 1-2 viikkoa. Eniten asiantuntijakonsultaatiota haavojenhoitoon oli pyydetty ihotautien erikoislääkäriltä. Suurimpina haavan paranemista hidastavina tekijöinä haavapotilailla oli infektiot, diabetes ja liikkumattomuus.

Jatkossa olisi hyvä jatkaa haavojen kartoitusta vuosittain, jotta pystytään tarkkailemaan Salon kaupungin terveys- ja vanhushuolteen haavatilannetta ja näin saamaan työntekijöille oikeanlaista koulutusta haavanhoitoon liittyen. Jatkossa haavanhoitoa voisi kehittää niin, että haavaa hoitaisi vain muutama sama hoitaja, jotta haavanhoito olisi yhdenmukaista ja hoitaja osaisi tarkkailla ja arvioida haavanhoitoa mahdollisimman hyvin. Tulevaisuudessa olisi hyvä kehittää haavakartoituslomaketta yksinkertaistamalla kysymyksiä esimerkiksi vaihtamalla avoimia kysymyksiä monivalintakysymyksiksi.

ASIASANAT:

Haavakartoitus, krooninen haava, haavanhoito

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health Care | Registered Nurse (AMK)

December 2015 | 39 pages and 4 appendices

Instructors Sirpa Nikunen and Tiina Pelander

Emmi Keskitalo & Vera Vääntinen

WOUND SURVEY FOR SALO CITY'S HEALTH AND ELDERLY PEOPLE SERVICES

The purpose of this thesis was to explore an outlook on customers' wounds in Salo city's health and elderly care systems by using a wound survey. The aim is to improve the overall wound care that the customers were receiving.

This thesis is a quantitative study and therefore a questionnaire was used as a method for gathering material. The actual material was gathered during October 2015 by using a model of a wound survey. This model survey was composed by Leena Jalonen and Minna Ylönen and it has been used before by the city of Turku. The material was statistically analyzed by using the SPSS- program and content analysis with the help of percentages and frequencies. Altogether 87 questionnaires (n=87) were returned. However, 103 wounds were involved because one survey could contain more than only one wound.

According to the results of this thesis, it was found that the most common type of wound was the chronic wound. Most of these wounds were situated in the lower limbs, specifically in the shins and ankles, and had been there for less than two months. Due to the excessive amount of available wound care products, a generic classification system was used to section these products. The most commonly used wound care products were the polyurethane and hydrofiber dressings. The use of passive wound care products was also mentioned. Things such as infections, diabetes and immobility had a major part in delaying the healing process of the wound.

In the future, it would be beneficial to continue to survey wounds annually. This way, the wound situation in Salo city's health and elderly care system could be correctly monitored as well as a proper education concerning wound care could be provided to the employee. Additionally, it would be a good idea to try to develop the existing wound survey by simplifying the questions like for example changing the questions from open-ended ones to multiple choice ones.

KEYWORDS:

(wound survey, chronic ulcer, wound care)

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 KROONINEN HAAVA	7
2.1 Kroonisen haavan paranemiseen vaikuttavat tekijät	12
2.2 Kroonisten haavojen hoito	14
3 HOITAJIEN HAAVAHOIDON OSAAMINEN	18
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA	20
5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	21
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET	24
7 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	31
8 POHDINTA	35
LÄHTEET	37

LIITTEET

Liite 1. Toimeksiantosopimus

Liite 2. Kyselylomake

Liite 3. Tiedote hoitajille

Liite 4. Tutkimuslupa

KUVIOT

Kuvio 1. Haavakartoitukseen vastanneiden yksiköiden jakauma (n=86). 24

Kuvio 2. Haavapotilaiden painoindeksin jakauma (n=38). 25

Kuvio 3. Haavatyyppeiden määrän jakautuminen haavapotilailla (n=100). 26

Kuvio 4. Tällä hetkellä käytössä olevat haavanhoitotuotteet (n=78). 28

Kuvio 5. Haavanhoitotuotteiden käyttöajat viikkoina (n= 77). 29

TAULUKOT

Taulukko 1. Haavatyypien jakauma yksiköittäin (n=100).	26
Taulukko 2. Haavojen leveys (n=79) ja pituus (n=76).	27
Taulukko 3. Haavojen syvyys (n=66).	27
Taulukko 4. Haavojen paranemiseen vaikuttavat tekijät (n=87).	30
Taulukko 5. Haavanhoidossa käytetyt asiantuntija konsultaatiot (n=87).	30

1 JOHDANTO

Krooninen alaraajahaava esiintyy jossakin elämänvaiheessa 1,3–3,6 %:lla väestöstä. Esiintyvyys kasvaa iän myötä ja se on naisilla suurempi kuin miehillä. (Vaalasti ym. 2014.) Kroonista haavaa sairastavien potilaiden hoitokulut Suomessa on arvioitu olevan vuodessa noin 190–270 miljoonaa euroa. Kustannuksista suurin osa on hoitohenkilökunnan käyttämää aikaa. (Futtrup ym. 2011.)

Kroonisella haavalla tarkoitetaan yli neljä viikkoa avoinna ollutta haavaa. Riskitekijöitä kroonisen haavan syntyyn ovat ikä, diabetes, ravitsemus, lihavuus sekä sydän- ja verisuonitaudit. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito – suositus, 2014.)

Haavan ilmaannuttua hoito on aloitettava heti, sillä haavan paranemisen todennäköisyys huononee, jos se ehtii kroonistuttua, eikä välttämättä enää parane ilman leikkaushoitoa. Ensisijaisesti hoito kohdistuu etiologisten tekijöiden korjaamiseen. Paikallishoidon tavoitteena on puhdistaa haava, luoda haavalle optimaalinen paranemisympäristö: lämpö, kosteus ja pH, sekä suojata sitä kontaminaatiolta. (Vaalasti ym. 2014.)

Opinnäytetyö toteutettiin Salon kaupungin terveys- ja vanhushpalveluille. Tutkimuksen tarkoituksena oli saada kokonaiskäsitys Salon kaupungin terveys- ja vanhushpalvelujen asiakkaiden haavoista haavakartoituksen avulla. Tavoitteena on haavakartoituksen avulla kehittää asiakkaiden haavanhoitoa.

2 KROONINEN HAAVA

Kroonisia haavoja on Suomessa noin 0,09–0,8 % väestöllä (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito – suositus, 2014). Yhden potilaan haavanhoidon arvioidaan maksavan yhteiskunnalle vuodessa noin 3000 euroa (Hannuksela ym. 2003, 165).

Krooniseksi haavoiksi määritellään sellaiset haavat, joiden ilmaantumiseen liittyy toistuvan mekaanisen tekijän lisäksi jokin sisäinen sairaustekijä. Tyypillisiä sairaustekijöitä kroonisten haavojen taustalla ovat esimerkiksi alaraajojen verenkiertosairaudet, diabetes ja syöpä. Krooniselle haavalle on myös tyypillistä, että sen paranemisaikaa on vaikea arvioida ja se voi uusiutua. (Juutilainen & Hieta-nen 2012a, 26–28.) Kroonisten haavojen syntymisen taustalla on noin 70 %:ssa laskimoiden vajaatoiminta ja noin viidessä prosentissa valtimosairaus. Noin 15 %:ssa haavan syynä on sekä laskimo- että valtimovika ja lopussa 10 %:ssa haavan synnyn syynä on jokin harvinaisempi sairaus. (Hannuksela ym. 2003, 165.)

Turun Hyvinvointitoimiala on toteuttanut haavakartoituksen vuosina 2012 ja 2013. Kartoitukseen osallistui kaikki Turun hyvinvointitoimialan yksiköt ja kartoitus tehtiin kaikista haavapotilaista yhden viikon aikana. Tulosten mukaan vuodesta 2012 haavojen määrä lisääntyi. Haavoja oli vuonna 2012 264 kappaletta ja vuonna 2013 336 kappaletta. Haavojen koot pienenevät ja haavojen kesto lyheni. Braden- paineriskimittaria ja ravitsemustilan arviointilomaketta käytettiin vain ympärivuorokautisessa hoidossa, muissa yksiköissä käyttö oli satunnaista. Asiantuntijakonsultaatioiden määrä haavojen hoidossa lisääntyi. Tuloksista selvisi myös, että diabetes oli yleisin haavan paranemista hidastava tekijä, mutta diabeteshaavat olivat vähentyneet. Lisäksi muut haavat, kuten akuutit- ja leikkaushaavat, sekä palovammat olivat lisääntyneet eniten. (Jalonen & Ylönen 2014, 28.)

Laskimoperäisiä haavoja on Suomessa arviolta 400 000 henkilöllä. Noin 12–14 % laskimoiden vajaatoimintaa sairastavista henkilöistä saa säärihaavan. Riskitekijöitä haavan syntyyn on ikä, ylipaino, verenpainetauti, diabetes, sydämen vajaatoiminta, munuaisten vajaatoiminta, nivelreuma ja sairastettu laskimotukos. Haavaa sairastavien keski-ikä on 70–77 vuotta. Noin puolella haavapotilaista haava häiritsee vapaa-ajanviettoa ja 80 % potilaista haava on vähentänyt liikuntaa. Tunne-elämän häiriöitä kokee noin 70 % potilaista. Pitkään jatkunut krooninen haava voi johtaa työkyvyttömyyteen, eristäytymiseen ja invaliditeettiin. (Hietanen ym. 2002, 138–140.)

Laskimoiden vajaatoiminnan taustalla on yleisimmin laskimoiden takaisinvirtausongelma, joka johtaa laskimopaineen kohoamiseen ja pintalaskimoiden laajentumiseen eli suonikohjujen syntymiseen. Takaisinvirtausongelma johtuu viallisten laskimoläppien sallimasta laskimoveren takaisinvirtauksesta raajaan sen ollessa alaspäin. Haava kehittyy todennäköisimmin, kun laskimoveren poistuminen rasituksen aikana on vähentynyt huomattavasti. Oireita alaraajoihin aiheuttaa liika veri raajassa lihassupistuksen sekä levon aikana. Oireita ovat turvotus, särky, kipu, kutina, väsymys, laskimoperäinen katkokävely sekä mahdolliset komplikaatiot, kuten laskimotukokset. (Hietanen ym. 2002, 141–142.)

Laskimoperäinen haava sijaitsee yleisimmin säären sisäsivulla nilkan yläpuolella. Haava on syvyydeltään matala ja se on kostea, erittävä sekä haavalla on usein kellertävää fibriinikatetta. Raaja on lämmin. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito – suositus, 2014). Haavan muoto on yleensä reunoilta epätasainen ja soikeanmuotoinen. Haavan ympäristö on usein väriltään punaruskea, ja sääri on eksemaattinen, turvonnut sekä iho on kuiva ja hilseilevä. Haavaa ympäröivä iho ja ihonalainen kudος voi olla aristava ja kovettunut. Haavoja voi olla yksi tai useampi ja niiden koko voi vaihdella. (Hietanen ym. 2002, 146.)

Merkittävä tekijä kroonisten haavojen aiheuttajana on kudosturvotus. Tyypillistä on, että laskimoperäinen säärihaava lähtee hyvin paranemaan, kunhan turvotus on hoidettu taustalta pois. Turvotuksen taustalla voi olla infektio, sydämen-, munuaisten- tai maksan vajaatoiminta. Turvotusta ei tule hoitaa, jos kyseessä on

valtimoperäinen haava. (Jahkola 2012.) Kun imusuonisto ei pysty poistamaan kudoksista sille kuuluvaa neste- ja valkuaisainekuormaa, se lisää soluvälitilan nestemäärää, mikä ilmenee turvotuksena (Väisänen 2012). Laskimoperäistä turvotusta hoidetaan kompressio eli puristushoidon avulla. Hoito toteutetaan lääkinnällisellä hoitosukalla tai tukisidoksella. Kompressiohoito alentaa laskimopainetta ja lisää laskimoveren paluuta. (Paananen 2012.)

Kroonisista alaraajahaavoista 9-22 % on **valtimoperäisiä haavoja**. Suomessa alaraajaiskemiamia sairastavia on noin 2500 - 5000 henkilöä. (Vikatmaa 2012, 278.) Alaraajaiskemian suurimmat riskitekijät ovat ikä, diabetes ja tupakointi. Diabetes viisinkertaistaa ja tupakointi kaksinkertaistaa riskin saada alaraajaiskemian. Alaraajaiskemian riski kasvaa iän myötä, yli 65 vuoden ikä kaksinkertaistaa riskin. (Vikatmaa 2012, 276.) Valtimoverenkierron vajauksen yleisimmät oireet ovat katkokävely ja leposärky (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito 2014). Katkokävely aiheuttaa kävelyn aikana toiseen pohkeeseen kovaa kipua ja jalka voi tuntua puutuneelta ja väsyneeltä (Mustajoki & Ellonen 2014).

Valtimoperäiset haavat johtuvat suurimmaksi osaksi valtimovioista, mistä johtuen alaraajan valtimot ahtautuvat ja tukkeutuvat (Vikatmaa 2012, 276). Ahtauttava valtimotauti (ASO) aiheuttaa huonon hapetuksen kudoksissa ja iskemian. Nämä voivat johtaa pahimmillaan raajan osakuolioon. Huonon valtimoverenkierron seurauksena haavan paraneminen pitkittyy, koska se ei saa riittävästi happea ja ravintoaineita verenkierrosta. (Suomen verisuonikirurginen yhdistys 2015.)

Yleensä valtimoperäinen haava sijaitsee sääressä tai jalkaterässä. Haava on nekroottinen ja sitä särkee voimakkaasti, lisäksi valtimopulssit tuntuvat huonosti. (Hannuksela 2012.) Valtimoperäiselle säärihaavalle on tyypillistä, että iho on viileä, kalpea tai sinertävä. Muita kliinisiä muutoksia ovat varpaiden ja jalkaterän punoitus, kynsien epämuotoisuus, alaraajojen ihokarvojen väheneminen ja raajan kuolio. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito – suositus, 2014.)

Säärihaavapotilaiden hoitoon sitoutumista Suomessa on kirjallisuuskatsauksessa (n=14) tutkinut Leiviskä (2014). Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä

ovat muun muassa potilaslähtöiset tekijät, kuten hoito-ohjeiden noudattaminen ja aikaisemmat kokemukset. Hoitajan ja potilaan välinen luottamus ja potilaan saama tuki ja tieto hoitohenkilökunnalta lisäävät potilaiden hoitoon sitoutumista. Tutkimus osoittaa, että säärihaavapotilaiden saama kattava tieto ja ohjeistus hoitohenkilökunnalta ovat tärkeintä hoitoon sitoutumisen kannalta. (Leiviskä 2014,1.)

Painehaavoja on Suomessa arvioitu esiintyvän noin 55 000 – 80 000 vuosittain. Vanhainkodeissa, kotihoidossa, pitkäaikaishoitolaitoksissa ja sairaaloissa painehaavoista kärsii 15 % potilaista. Yhden haavan hoitokustannuksen on arvioitu olevan vuositasolla noin 5000–6650 euroa ja kaikkien painehaavojen hoitokustannukset noin 280 – 500 miljoonaa euroa vuodessa. (Soppi & Iivanainen 2013.)

Riskitekijöitä painehaavan synnylle ovat korkea ikä, alentunut tajunnan taso, diabetes, liikuntakyvyttömyys, verenkiertosairaudet, huono hapetus, kuivuminen, matala verenpaine, huono ravitsemus, lihavuus ja ulosteen tai virtsan aiheuttama ihon hautuminen. Riskiä painehaavan syntyyn arvioidaan erilaisten riskimittareiden avulla, esimerkiksi Bradenin paineriskimittarilla. (Hietanen 2015.) Bradenin paineriskimittaria on testattu kansainvälisissä tutkimuksissa eniten ja siten todettu luotettavimmaksi painehaavariskin mittariksi. Asteikossa on kuusi osatekijää: tunto, kosteus, aktiivisuus, liikkuvuus, ravitsemus ja kitka sekä kudosten venyvyys. Osatekijät pisteytetään erikseen asteikolla 1-4, paitsi kitka ja venyminen, ne pisteytetään asteikolla 1-3. Pistemäärä on välillä 6-23. Mitä pienemmät pisteet potilas saa, sitä suurempi riski hänellä on saada painehaava. (Hietanen & Juutilainen 2012b, 313.)

Painehaava syntyy paineen aiheuttamasta verenkierron häiriöstä erityisesti vuodepotilaille, jotka makaavat pidempiä aikoja samassa asennossa. Painehaava syntyy herkästi ihoalueelle, jossa luu painuu ihoa vasten ja estää siten normaalin verenkierron. Painehaava voi syntyä jo muutamassa tunnissa, mutta yleensä se vaatii usean päivän makuulla olon. Aluksi ihon painekohta alkaa punoittaa, sitten kudoksiin tulee turvotusta ja lopuksi iho menee rikki. Painehaa-

van edetessä ihorikosta kehittyy vaikeasti hoidettava syvä haava, joka on altis bakteeri-infektioille. Tavallisimpia alueita painehaavoille ovat lonkka, alaselkä, pakarat ja kantapäät. (Lumio 2012.)

Painehaavat jaetaan neljään eri syvyysluokkaan. Ensimmäisen asteen painehaavassa iho on ehjä mutta punoittava, eikä punoitus laske. Toisen asteen haavassa on verinahkaan ulottuva osittainen vaurio, joka ilmenee pinnallisena haavana. Toisen asteen painehaava voi ilmentyä myös rakkulana, tai hiertymänä. Kolmannessa asteessa painehaava on koko ihon läpäisevä kudosisvaurio, jossa rasva voi olla näkyvässä, mutta lihas, luu tai jänne eivät. Haavassa saattaa olla katetta, nekroosia, onkaloitumista tai taskumaisia kohtia. Neljäs aste on koko ihonalaiskudoksen vaurio, jossa luu, jänne tai lihas ovat näkyvillä. Haavassa saattaa olla katetta, nekroosia, onkaloitumista tai taskumaisia kohtia. (Suomen haavahoitoyhdistys 2011.)

Painehaavojen syntymisen estämiseksi on tärkeää vaihtaa potilaan asentoa riittävän usein (Lumio 2012). Potilaan asentohoidolla saadaan vähennettyä paineen voimakkuutta ja kestoja luisten ulokkeiden kohdalla. Asennon vaihdossa tulee huomioida potilaan liikuntakyky, ihon kunto ja kudoksen paineen sieto. Painehaavoja ehkäisevää patjaa tulee käyttää, jos potilaan terveydentila ei salli asennon vaihtamista. Asentohoito toteutetaan tyynyjen avulla kallistettuna 30 asteen kulmaan kyljelle. Lisäksi kantapäiden olisi hyvä olla irti makuualustasta ja polvien 5-10 asteen koukistuksessa. (Kinnunen ym. 2015.)

Korhonen (2013) on tutkimuksessaan selvittänyt sairaanhoitajien osaamista painehaavojen ehkäisyssä. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella sisätautien ja kirurgian vuodeosastojen sekä teho-osaston ja nopean diagnostiikan yksikön sairaanhoitajilta (N=83). Tuloksista selviää, että lähes kaikki kyselyyn vastanneet tarkkailevat säännöllisesti potilaan ihoa ja tunnistavat ensimmäisen asteen painehaavan. Vastanneista 89 % tunnisti potilaan, jolla on suurentunut riski saada painehaava ja 51 % vastanneista kartoittaa painehaavariskin heti potilaan tultua osastolle. Vastajat olivat samaa mieltä siitä, että hyvällä asentohoidolla ehkäistään painehaavan syntyä ja huonolla asentohoidolla ja siirtotekni-

kalla voi aiheuttaa painehaavan. Yli puolet vastanneista koki tarpeelliseksi riskimittarin käyttöönoton ja tarvitsevansa lisäkoulutusta sen käyttöön. Lisäkoulutusta tarvitaan myös painehaavan ehkäisemissä. (Korhonen ym. 2013.)

2.1 Kroonisen haavan paranemiseen vaikuttavat tekijät

Tärkein tekijä haavan paranemisen kannalta on **hapen ja ravinnon saanti** kudokseen verenkierron kautta. Haavakudosta korjaavat prosessit kuluttavat runsaasti energiaa ja ovat riippuvaisia hapen saannista. Haavan parantuessa happea tarvitaan kasvutekijöiden erittämiseen ja fibroblastien jakaantumiseen. Hapenpuute heikentää haavan puolustuskykyä ja sen aiheuttavat esimerkiksi keuhkosairaudet, verisuonisairaudet ja diabetes. (Lagus 2012, 39–40.)

Tupakointi heikentää haavan paranemista muuttamalla verenvirtausta, hyytymistäpahtumaa ja kudosten rakennetta. Tupakointi heikentää myös elimistön infektiopuolustusta, joten haavainfektion riski kasvaa. (Koljonen ym. 2006.) Nikotiini vaurioittaa verisuonien sisäseinämää, joka aktivoi hyytymisjärjestelmän ja lisää tukosriskiä. Tukosriski lisääntyy myös nikotiinin aiheuttamasta verihiutaleiden takertumisesta toisiinsa ja verisuonen seinämiin. (Lagus 2012, 40–41.)

Lihavuus aiheuttaa usein alaraajojen laskimovajaatoimintaa, joka heikentää kudoshapetusta alaraajoissa. Lisäksi kudoshapetusta heikentää lihavuudesta johtuva keuhkojen toiminnallisen tilavuuden pientyminen. Rasvakudoksen verenkierto on heikentynyt ja siksi se on herkkä häiriöille. Ylipainoisilla ihmisillä on myös usein sokeritasapainon häiriö, mikä haittaa haavan paranemista. (Lagus 2012, 41.)

Ikääntymiseen liittyy ihon rakenteellisia muutoksia, joka vaikuttaa haavan paranemiseen. Rakenteellisia muutoksia ovat tyvikalvon oikeneminen, verisuonten ja talirauhasten määrän väheneminen sekä talin koostumuksen muuttuminen. Ikääntyneen ihon vahingoittumisen riskiä lisää hermopäätteiden väheneminen aiheuttaen aistituntemusten muutokset. Ikääntyneen ihon toimintaan liittyvissä tutkimuksissa on todettu heikentävinä tekijöinä haavan paranemiseen liittyen

heikentynyt inflammatorinen vaste, hidastunut solujen uudelleen muodostuminen, heikentynyt hiussuonten kasvu ja hidastunut ihon epitelisoituminen ja haavan supistuminen. (Hietanen ym. 2002, 40–41).

Hyvällä ravitsemuksella saadaan riittävästi energiaa ja tarpeeksi proteiineja, hiilihydraatteja, rasvaa, vitamiineja sekä kivennäisaineita. Tällä on vaikutus koko elimistön toimintaan. Haavan runsas erityy voi lisätä ravinnontarvetta. Vajaaravitsemus vaikuttaa haavojen paranemiseen hidastaen prosessia. Aikuisen energiantarve on 30 – 35 kcal/kg. Tarvittaessa ruokaan voidaan lisätä esimerkiksi rasvaisia maitotuotteita, jos halutaan saada ruoasta energiapitoisempaa. Täydennysravintovalmisteita voidaan käyttää aterioiden välillä, jos ruokahalu on huono ja päivittäinen energiansaanti ravinnosta jää pieneksi. Täydennysravintovalmisteita ovat esimerkiksi Cubitan® ja Nutridrink®. (Vento & Lahtela 2014.)

Diabetes on yleisin kroonisen haavan paranemiseen ja syntyyn vaikuttava sairaus (Lagus 2012, 44). Noin 15 % diabeetikoista saa elämänsä aikana alaraajahaavan, näistä noin 15 % johtaa amputaatioon (Hietanen ym. 2002, 168). Diabeetikolla jalkahaavan riskiä lisää muun muassa seuraavat tekijät: tunnon puutos neuropatian seurauksena, diabeteksen pitkä kesto, näkövamma, iskemiat, asentovirhe, huono hoitotasapaino, miessukupuoli ja tupakointi (Diabeetikon jalkaongelmat: Käypä hoito – suositus, 2009).

Diabeettinen neuropatia jakaantuu kolmeen eri tyyppiin: sensoriseen, motoriseen ja autonomiseen neuropatiaan. Sensorisesta neuropatiasta aiheutuvat jalan tuntohäiriöt, motorisesta jalan asentovirheet ja autonominen neuropatia johtaa ihon kuivumiseen ja sitä myötä halkeamiin. Tuntopuutosten vuoksi henkilö kuormittaa vauriokohtaa ja estää haavan parantumista. Haavan syntyyn vaikuttavina tekijöinä voivat olla esimerkiksi huonosti istuvat kengät, kävely paljain jaloin, vierasesine kengässä tai äkillinen hankaus. (Diabeetikon jalkaongelmat: Käypä hoito – suositus, 2009.)

Huonossa hoitotasapainossa oleva diabetes aiheuttaa elimistöön insuliinin puutoksen, mikä nostaa veren sokeripitoisuutta (hyperglykemia) ja näin ollen heikentää haavan paranemista. Hyperglykemia vähentää valkosolujen pääsyä

haava-alueelle, jonka vuoksi infektioriski suurenee. Veren sokeripitoisuuden ollessa yli 10 mmol/l on infektioriski merkittävä. (Lagus, 2012, 44.) Hyperglykemian vuoksi diabeetikolla myös ASO:n eli valtimonkovettumataudin riski suurenee. Diabeteksesta aiheutuva ASO on yleisimmin painottunut jalkaterän ja säärtien suonien alueelle. (Vikatmaa 2012, 278.)

Nivelreumaa sairastavista jopa 10 %:lle on kehittynyt jalkahaava. Usein haavan taustalla on laskimovajaatoiminta tai perifeerinen valtimotauti. Haavan synnylle on useita altistavia tekijöitä esimerkiksi virheasennot, nivelten jäykkyys, reumakyhmyt ja neuropatia. Lisäksi nivelreuma ja sen lääkitys lisää infektioriskiä. Nivelreumaa sairastavien jalkahaavoja voi ennaltaehkäistä sairauden hyvällä hoitotasapainolla, jalkahoidolla, erilaisilla apuvälineillä, erityisjalkineilla ja fysioterapialla. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito – suositus, 2014.)

Kroonisten haavojen taustalla olevia haavan paranemiseen vaikuttavia sairauksia voi lisäksi olla **aineenvaihduntasairaudet** esimerkiksi maksa- ja munuais-sairaudet, **immuunijärjestelmään vaikuttavat sairaudet**, kuten syöpä ja HIV. Hoitamattomana **mahalaukun, ohutsuolen ja haiman toimintaan liittyvät sairaudet** esimerkiksi keliakia voivat myös vaikuttaa haavan paranemiseen. (Lagus 2012, 45.)

2.2 Kroonisten haavojen hoito

Haavahoidon tulee olla tietoista ja tavoitteellista toimintaa. Haavan hoidon vaikuttavuus tulee tarkistaa säännöllisesti. Tavoitteena haavahoidossa on parantaa haava mahdollisimman nopeasti oikeanlaisen hoidon avulla. (Korhonen 2012.)

Kroonisen haavan hoito alkaa taustatekijöiden selvittämisellä. Aluksi selvitetään potilaan perussairaudet ja lääkitys. Selvitetään, milloin ja miten haava on syntynyt ja miten sitä on hoidettu. Huomioidaan haavan koko, syvyys ja ulkonäkö sekä haavaa ympäröivä iho ja turvotukset. Saaduilla tiedoilla tehdään kliiniset

tutkimukset ja niitä täydennetään tarvittaessa laboratorio- ja kuvantamistutkimuksilla. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito – suositus, 2014.)

Kliinisiä tutkimuksia tehdessä tunnustellaan nivusista, polvitaiteista, nilkoista ja jalkateristä valtimopulssit. Jos pulssi ei tunnu, on syytä mitata nilkka-olkavarsi painesuhde, jolla saadaan tieto valtimoverenkierron tilasta. Kliinisessä tutkimuksessa tutkitaan myös, onko potilaalla suonikohjuja, alaraajojen turvotusta tai laajentuneita yhdyslaskimoita. Lisäksi haava tarkastetaan silmämääräisesti ja arvioidaan kudoksen laatu: onko haava tulehtunut ja erittävä, nekroottinen, katteinen vai puhdas. (Hannuksela ym. 2003, 166.) Alaraajan verenkierron tilaa on hyvä arvioida myös ihon värin ja lämpötilan perusteella. Kliinisten tutkimusten perusteella tulee selvittää, onko haava laskimo- vai valtimoperäinen, minkä myötä suunnitellaan oikeanlainen haavanhoito. (Juutilainen & Hietanen 2012c. 56.)

Haavahoidon tavoitteena on luoda haavalle optimaalinen paranemisympäristö eli oikeanlainen lämpötila ja haavakosteuden tasapaino. Paikallishoidossa tärkeää on myös haavan oikeanlainen puhdistus ja suojaus. Haavan hoitoväli määräytyy haavaerityksen mukaan. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito – suositus, 2014.)

Ennen haavatuotteen valintaa tulee selvittää aikaisemmin käytetyt haavanhoitotuotteet ja niiden toimivuus. Lisäksi tulee selvittää mahdolliset yliherkkyydet ja allergiat. Haavanhoitotuotteen valintaan vaikuttaa haavan koko, syy, syvyys, sijainti, paranemisen vaihe, erityis, haju, mahdollinen infektio, haavaympäristön kunto ja potilaan ikä sekä kunto. (Korhonen 2012.)

Haavanhoitotuote valitaan kudostyyppin mukaan. Apuna erilaisten haavojen tunnistamisessa voi käyttää avoimen haavan VPKM- väriluokitus helpperiä, missä on kuvattu erilaisia haavoja kuvien ja selitysten avulla. **Vaaleanpunainen haava** ulottuu ihon uloimpaan kerrokseen eli epidermikseen. Hoitona käytetään rasvausta ja tarttumattomia sidoksia, kuten verkkosidoksia. **Punainen haava** ulottuu granulaatiokudokseen, se on tila, jota avoimen haavan hoidossa tavoitellaan. Haava on puhdas ja epitelisaatio on alkanut. Kuivaan, vähän erittävään

haavan käytetään hoitona kosteuttavia tuotteita, esimerkiksi geeliytyvät tuotteet. Runsaasti erittävään haavaan hoitona käytetään kosteutta sitovia tuotteita, esimerkiksi polyuretaanivaahtosidosta. **Keltaisessa haavassa** on pehmeää kuollutta kudosta eli fibriinikatetta. Kuivalle ja vähän erittävälle haavalle hyviä hoitotuotteita ovat hunajatuotteet ja pihka. Runsaasti erittävän haavan hoitona voidaan käyttää esimerkiksi hydrofibersidoksia. **Mustassa haavassa** haavan pinnalla on mustaa nekroosia eli kuollutta kudosta. Haava voi olla kuiva tai erittävä. Tärkein asia ennen haavan hoitoa on verenkierron selvittäminen. (Korhonen 2012.)

Haavasidokset on jaettu neljään ryhmään. **Aktiiviset sidokset:** kasvutekijävalmisteet, **interaktiiviset sidokset:** hoitavat sidokset, **passiiviset sidokset:** imevät ja suojaavat sidokset ja **kiinnitys sidokset.** Lisäksi sidokset ovat jaettu niiden hoitavuuden mukaan geneerisen luokkaan. Haavanhoitotuotteiden runsauden vuoksi geneerinen luokittelu helpottaa tuotteiden käyttöä. Geneeriseen luokitteluun kuuluvat esimerkiksi hydrofibersidokset (esim. Aguacell®), hydrogeelit (esim. Sorbact-geeli®), polyuretaanivaahtosidokset (esim. Polymem®), hydrokolloidisidokset (esim. Duorderm®), hydrofobiset sidokset (esim. Sorbact®), hunaja- ja pihkatuotteet sekä hopeatuotteet. (Hietanen ym. 2002, 79–80.)

Haavan paikallishoito alkaa vanhojen sidosten poistamisella juuri ennen toimenpidettä. Sidosten poiston yhteydessä arvioidaan haavaeritteen määrää, väriä, hajua, vanhan sidoksen toimivuutta ja haavan ympäristöä. (Korhonen 2012.) Haava puhdistetaan haavaeritteestä ja hoitotuotteista suihkuttamalla sitä vedellä. Puhdistukseen voidaan käyttää myös keittosuolaliuosta tai haavanhoitoon tarkoitettuja puhdistusaineita. Kuollut kudos poistetaan mekaanisesti esimerkiksi kyretillä, veitsellä tai saksilla. Valtimohaavan kuiva ja musta kate (nekroosi) jätetään poistamatta kunnes verisuonitukimukset on tehty. Tärkeintä on muistaa ehkäistä ja lievittää haavakipua lääkitsemällä potilas ennen toimenpidettä. Haavan hoidossa on hyvä ottaa huomioon hyvä aseptiikka: hyvä käsihygienia, suojakäsineet ja potilaskohtaiset haavanhoitovälineet. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito – suositus, 2014.)

Aarnio (2009,1) on tutkinut kroonisten haavojen hoitoon tarvittavia eri menetelmiä Suomessa. Hyvällä paikallishoidolla voidaan edistää haavan paranemista. Kroonisen haavan hoidossa kaikkia kriteerejä täyttävää sidosta on vaikea löytää, mutta tärkeää on valita haavasidos paranemisen vaiheen mukaan. Kroonista haavaa ei saa missään vaiheessa täysin steriiliksi, mutta haavan hoidossa bakteerien leviämisen esto on tärkeää. (Aarnio 2009.)

3 HOITAJIEN HAAVANHOIDON OSAAMINEN

Tietoperusta haavanhoidosta on kehittynyt huomattavasti viime vuosikymmeniä. Tutkimukset ovat tuottaneet uutta tietoa, ammattilaisten koulutusta on kehitetty ja haavanhoitoon liittyviä konferensseja järjestetty vuosittain. Haasteena on kuitenkin tiedon vieminen toiminnaksi. Hoitajat hakevat tietoa enemmän kollegoilta kuin tutkimuksista. Hoitotyön päätöksenteosta 85 % perustuu kokemukseen, intuitioon ja traditioihin, vain 15 % perustuu näyttöön. (Seppänen 2014, 5.)

Sairaanhoitajakoulutuksessa sisältö on valittu sen perusteella, minkälaista ammatillista osaamista tavoitellaan ja mikä kehittää taitoja työelämää varten. Tavoitteena on perehdyttää opiskelija keskeisiin tehtäväalueisiin. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen jaetaan yhdeksään alueeseen, joista yksi on kliininen osaaminen. Yhtenä osaamisalueena kliinisen hoitotyön alla on haavanhoito. (Eriksson ym. 2015.)

Hoitotyössä kroonisen haavan hoidossa haasteena on kommunikaation vähäisyys hoitotyötä tekevien hoitajien ja hoidosta vastaavan lääkärin välillä. Lisäksi haasteena on hoitavien henkilöiden vaihtuvuus, osaamisen tason vaihtelevuus ja puutteellinen kirjaaminen. (Niemi 2014, 44.) Huono haavanhoidon kirjaaminen heikentää haavahoidon laatua ja potilashoidon turvallisuutta. Kirjatun tiedon tulisi olla yhdenmukaista ja samanlaista riippumatta siitä, kuka kirjaa ja missä kirjataan. Hoitajat kirjaavat tekemästään haavanhoidosta paljon, mutta kirjaamisen laatuun on panostettu vähän. (Kinnunen 2014, 24.)

Kotila (2012) on tutkinut Helsingin keskussairaalassa työskentelevien sairaanhoitajien (n=25) ammatillista pätevyyttä ja itsearviointia omasta toiminnastaan. Tutkimuksessa sairaanhoitajat suorittivat itse- ja vertaisarvioin osaamisestaan. Aineisto kerättiin sähköisesti kyselylomakkeen avulla hyödyntäen sairaanhoitajien ammattipätevyysmittaria. (Kotila 2012, 2.) Tutkimuksen tuloksista selviää, että sairaanhoitajat arvioivat omaa osaamista erittäin kriittisesti ja pitivät rakenteellista palautetta työstään hyvänä ammatillisen kasvun edistäjänä. Sairaanhoi-

tajat kokevat parhaaksi osaamisalueekseen ihmisten auttamisen ja heikoimmaksi työn laadunvarmistamisen. Vertaisarvioinnissa sairaanhoitajat saivat paremmat tulokset ammatillisesta pätevydestä kuin itsearvioinnista. Tuloksista selviää myös, että hoitajat kokevat päätöksen teon kliinisessä hoidossa toteutuvan hyvin, mutta näyttöön perustuvan tutkimustiedon hyödyntämisen hoitotyössä hoitajat arvioivat tyydyttäväksi. (Kotila 2012, 50–54.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA

Tutkimuksen tarkoituksena oli saada kokonais käsitys Salon kaupungin terveys- ja vanhuspalveluiden asiakkaiden haavoista haavakartoituksen avulla. Tavoitteena on haavakartoituksen avulla kehittää asiakkaiden haavanhoitoa.

Tutkimusongelma:

1. Millaisia haavoja Salon kaupungin terveys- ja vanhuspalveluiden asiakkailla on?

5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

Kotihoidon hoitohenkilökunnan täytyy ottaa huomioon haavanhoidossa monia tekijöitä, joita osastotyötä tekevä hoitohenkilökunta ei välttämättä tapaa tai ne eivät tule esiin asiakkaan ollessa osastohoidossa (Gerk-Stjernberg 2014). Salon kaupungilla oli tarve saada kartoitettua terveys- ja vanhuspalveluiden asiakkaiden haavatilanne. Toimeksiantona (Liite 1) tuli tehdä haavakartoitus kaikista terveys- ja vanhuspalveluiden asiakkaista.

Hakusanoina käytettiin "wound care", "wound healing" ja "wound dressing", sekä näitä kaikkia yhdessä. Tietoa haettiin Medic- tietokannasta. Haku rajattiin käsittämään koko tekstit vuosilta 2010–2015. Hakujen perusteella löytyi 14 tutkimusta, joista koko tekstin perusteella valikoitui kaksi tutkimusta. Näitä tutkimuksia ei kuitenkaan ole opinnäytetyössä käytetty, koska tutkimusten sisältö ei vastannut aihetta. Lisäksi tietoa haettiin manuaalisesti Google Scholaria käyttäen pro gradu- tutkielmista, Käypä Hoito – suosituksista ja aihetta koskevasta kirjallisuudesta.

Tutkimusmenetelmänä oli kyselytutkimus (survey), mikä tarkoittaa kyselyn, haastattelun ja havainnoinnin muotoja, joissa aineisto kerätään tietystä perusjoukosta. (Hirsjärvi ym. 1997, 188). Kyselytutkimus valittiin, koska sen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto nopeasti. Myös tutkimuksen toteutus ja aikataulu on helppo rajata haluttuun ajankohtaan. Kartoitus toteutettiin haavakartoituslomakkeen (Liite 2) avulla, mikä on ollut jo aiemmin Turun kaupungin käytössä. Lomakkeen on laatinut Leena Jalonen ja Minna Ylönen. Lomakkeen käyttöön saatiin lupa.

Avoimessa kysymyksessä esitetään yksi kysymys ja jätetään tyhjä tila vastausta varten. Monivalintakysymyksessä on laadittu valmiiksi vastausvaihtoehdot ja vastaaja merkitsee rastin yhteen tai useampaan annettuun vastausvaihtoehtoon. (Hirsjärvi ym. 1997, 193–194.) Haavakartoituslomakkeen kysymykset olivat avoimia sekä monivalintakysymyksiä. Avoimia kysymyksiä oli yhteensä 19 ja monivalintakysymyksiä kolme. Yhteensä kysymyksiä oli 22.

Lomakkeen alussa kysymykset 1-6 olivat taustakysymyksiä, joista selvisi hoitoyksikkö, asiakkaan nimi, ikä, BMI, haavaa hoitaneiden lukumäärä ja haavaa hoitaneiden ammattinimikkeet. Kysymykset 7-11 olivat avoimia kysymyksiä ja ne käsittelivät haavan kuvausta: haavatyypin, sijaintia, mitat, haavan kesto ja haavanhoitoon käytetty aika. Kysymykset 12–14 käsittelivät riskikartoituksia. Haavanhoitotuotteita, haavanhoitoa ja ravitsemusta käsittelivät kysymykset 15–19. Kysymykset 20 ja 21 olivat monivalintakysymyksiä, mitkä koskivat haavan paranemiseen vaikuttavia tekijöitä ja asiantuntijoiden konsultaatioita. Viimeiseen kysymykseen 22 sai piirtää haavan sijainnin, jos haavansijainti oli vaikea selittää.

Ennen tutkimuksen alkua tulee hoitohenkilökuntaa informoida tiedotteen avulla. Tiedotteesta tulee selvitä tutkimuksen kulku, tavoite ja tarkoitus sekä yhteystiedot mahdollisia kysymyksiä varten. (CRC 2014.) Tiedotteena käytettiin toimeksiantajan laatimaa tiedotetta (Liite 3) hoitajille. Tiedotteessa kerrottiin haavakartoituksen syy, aikataulu, milloin, miten ja kenelle se tuli olla palautettuna. Lisäksi tiedotteessa oli ohjeet haavakartoituslomakkeen täyttöä varten.

Tutkimuslupa (Liite 4) saatiin lokakuussa 2015. Toimeksiantaja Salla Lindegren, vanhuspalveluiden asiantuntija, lähetti kyselylomakkeet kaikkiin Salon terveys- ja vanhuspalveluiden yksiköihin lokakuun alussa. Hoitajilla oli lokakuu aikaa täyttää haavakartoituslomake kaikista asiakkaista, joilla on krooninen haava. Hoitajat täyttivät lomakkeet lokakuun aikana ja palauttivat vastaukset toimeksiantajalle, joka toimitti ne opinnäytetyön tekijöille. Kyselyyn vastattiin yhteensä 87 lomakkeella. Seitsemään lomakkeeseen oli vastattu enemmän kuin yhden haavan tiedot, joten haavoja oli yhteensä 103 kappaletta. Haavakartoituslomakkeen kysymyksiin oli vastattu kuitenkin vain yhden haavan tiedot, vaikka haavoja oli ilmoitettu useampi. Näissä tapauksissa tulosten analysoinnissa otettiin huomioon vain yhden ilmoitetun haavatiedon, vaikka haavoja olisi ollut useampi.

Vastausten saannin jälkeen kysymykset käytiin läpi tilastollisesti frekvenssein ja prosenttien avulla SPSS-ohjelmalla. SPSS-ohjelma on tilastollisten tietojen

käsittelyohjelma ja sen avulla tarkastellaan tuloksia ja saadaan tarpeelliset analyysit (Mamia 2005). Tulokset avattiin opinnäytetyöhön kuvioina ja teksteinä.

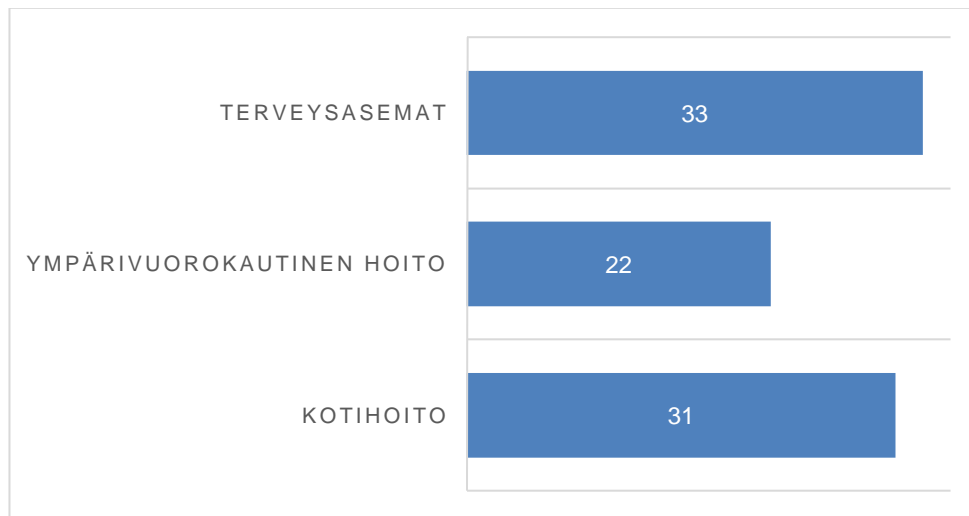
Sisällönanalyysin avulla voidaan tehdä päätelmiä tutkimusaineistosta. Jos sisällön analyysi tehdään kvantitatiivisesta eli määrällisestä tutkimusmenetelmästä tulokset tuodaan esille numeerisina arvoina. Tavallisimpia tilastollisia menetelmiä ovat keskiarvon ja prosenttien laskeminen sekä ristiintaulukointi. (Anttila 1998.) Avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalyysillä. Analysoinnissa ei käytetty ristiintaulukointia eikä laskettu keskiarvoja. Haavatyypit luokiteltiin viiteen eri ryhmään niiden syntyvän perusteella. Haavan sijaintiin liittyvät vastaukset luokiteltiin seitsemään osaan niiden sijainnin mukaan. Haavanhoitotuotteita koskevat kysymykset jaettiin haavanhoitotuotteiden mukaan geneeriseen luokitukseen. Näistä laskettiin frekvenssit ja prosentit, sekä tehtiin kuviot selkeyttämään tuloksia.

Opinnäytetyö valmistui joulukuussa 2015, jolloin se toimitettiin toimeksiantajalle. Työ esitettiin Turun ammattikorkeakoulussa ja julkaistiin Theseuksessa, sekä arkistoitii Turun ammattikorkeakoulun kirjastoon.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Täytettyjä lomakkeita saatiin yhteensä 87, joista seitsemään oli vastattu useammasta haavasta. Haavojen lukumääräksi tuli yhteensä 103.

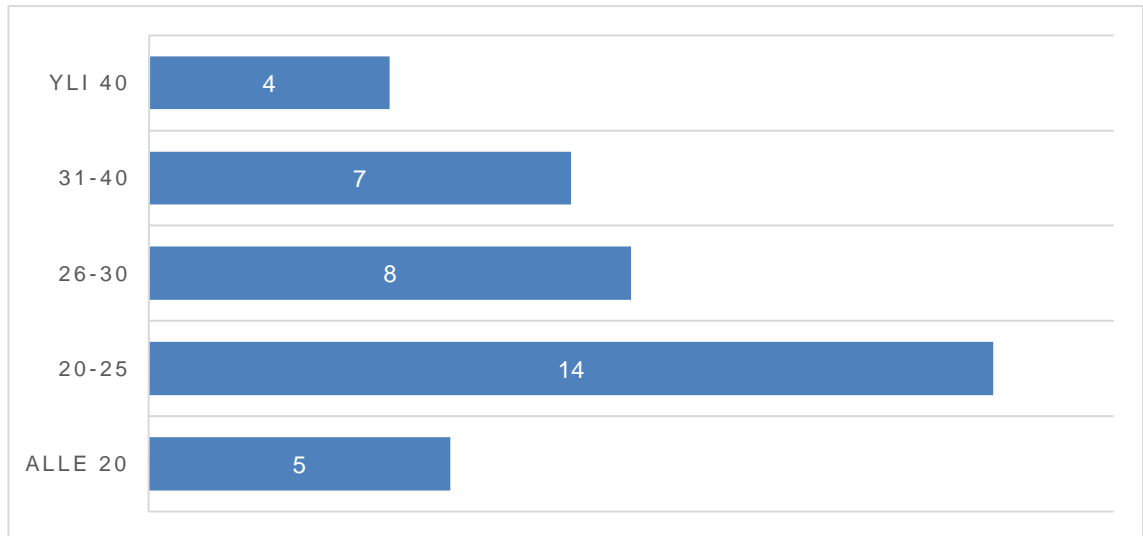
Lomakkeista 38 % (f=33) oli täytetty terveysasemilla, 36 % (f=31) kotihoidossa ja 26 % (f=22) ympärivuorokautisissa hoitolaitoksissa. Yhteen lomakkeeseen ei ollut vastattu. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Haavakartoitukseen vastanneiden yksiköiden jakauma (n=86).

Haavapotilaista 60 % (f=52) oli naisia ja 40 % (f=35) oli miehiä. Potilaista 6 % (f=5) oli alle 50-vuotiaita, 13 % oli (f=11) 60–69-vuotiaita, 29 % (f=25) 70–79-vuotiaita, 36 % (f=31) 80–89-vuotiaita ja 15 % oli (f=13) 90–97-vuotiaita. Kahdesta lomakkeesta puuttui vastaus.

Haavapotilaista 37 %:lla painoindeksi oli 20–25 (f=14) ja 11 %:lla yli 40 (f=4). Vastaaajista 49 oli jättänyt vastaamatta kysymykseen. (Kuvio 2.)

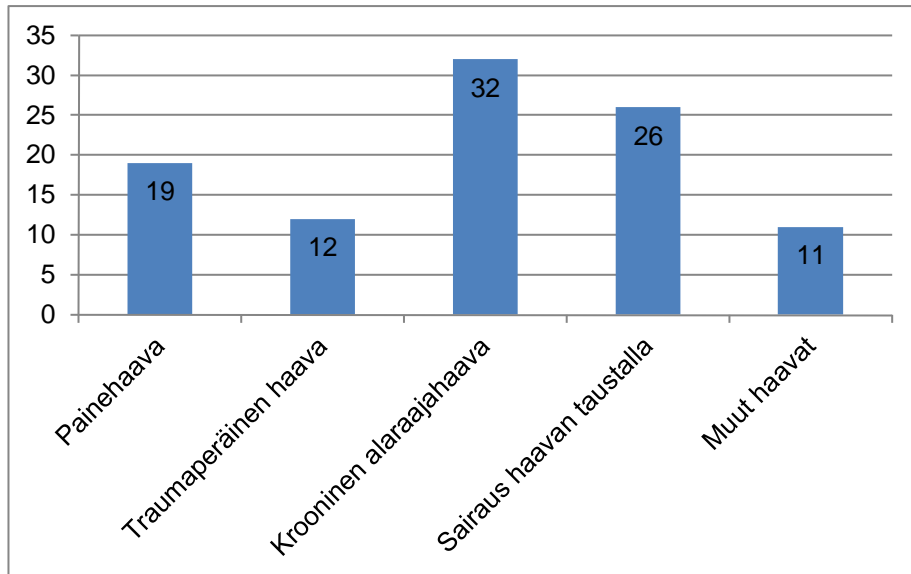


Kuvio 2. Haavapotilaiden painoindeksin jakauma (n=38).

Vastauksista 49 %:ssa (f=40) haavaa oli hoitanut 1-5 hoitajaa, 33 %:ssa (f=27) 6-10 hoitajaa ja 17 %:ssa (f=14) 11–16 hoitajaa. Kuudesta lomakkeesta puuttui vastaus.

Haavojen hoitajana oli toiminut 52 %:ssa (f=44) sairaanhoitaja, 33 %:ssa (f=28) sairaanhoitaja ja lähihoitaja yhdessä, 7 %:ssa (f=6) sairaanhoitaja, lähihoitaja ja lääkäri yhdessä, 7 %:ssa (f=6) pelkästään lähihoitaja, ja 1 %:ssa (f=1) lääkäri. Kahdesta lomakkeesta puuttui vastaus.

Haavatyypit jaettiin viiteen ryhmään, joista suurimmaksi ryhmäksi tulivat krooniset alaraajahaavat (32 % f=32) ja pienimmäksi ryhmäksi muut haavat (10 % f=10). Muihin haavoihin kuuluivat avannehaavat, amputaatiohaavat ja ihonsiirtokehdat. Kolmesta lomakkeesta puuttui vastaus. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Haavatyypien määrän jakautuminen haavapotilailla (n=100).

Suurimmassa osassa terveysasemien haavoista taustalla oli sairaus (36 % f=20). Sairauksiksi oli mainittu staassiekseema, neuroartropatia, verisuonitulehdus, diabetes, ihon oheneminen, allergiset haavaumat ja psoriasis. Kotihoidon haavoista suurin osa oli kroonisia alaraajahaavoja (40 % f=12) ja ympärivuorokautisten hoitolaitosten haavoista suurin osa oli painehaavoja (43 % f=6). Vastaamatta kysymykseen oli jättänyt kolme. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Haavatyypien jakauma yksiköittäin (n=100).

	Painehaava		Traumaperäinen haava		Sairaus haavan taustalla		Krooninen alaraajahaava		Muut haavat	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
YKSIKÖ										
Ympäri vuorokautinen hoitolaitos (n=14)	6	43	3	21	3	21	1	7	1	7
Kotihoito (n=30)	6	20	3	10	3	10	12	40	6	20
Terveysasemat (n=56)	7	13	6	11	20	36	19	34	4	7

Suurin osa haavoista sijaitsi sääressä (35 % f=36). Lisäksi haavoja sijaitsi nilkassa (14 % f=14), varpaissa (12 % f=12), jalkaterissä (8 % f=8), takapuolella (7 % f=7) ja kantapäissä (6 % f=6). Näiden lisäksi 19 % (f=20) haavoista sijaitsi jossain muussa osassa kehoa: esinahan alla, vatsapöimussa, nivusissa, pos-

kessa, jalkapohjassa, kyynärpäässä, lapaluussa, polvessa, olkavarressa ja selkärangassa.

Keskimäärin haavojen leveys (51 % f=40) ja pituus (42 % f=32) oli 1-2,5 cm. Leveyttä koskevaan kysymykseen oli jättänyt vastaamatta 24 ja pituutta koskevaan kysymykseen 27. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Haavojen leveys (n=79) ja pituus (n=76).

	Alle 1 cm		1-2,5 cm		2,6-4 cm		4,1-6 cm		6,1-15 cm	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Leveys (n=79)	14	18	40	51	12	15	10	13	3	4
Pituus (n=76)	9	12	32	42	22	29	8	11	5	7

Haavat olivat syvyydeltään keskimäärin alle 0,5 cm (52 % f=34) ja 0,5-1 cm (36 % f=24) syviä. 37 lomakkeesta puuttui vastaus. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Haavojen syvyys (n=66).

	Alle 0,5 cm		0,5-1 cm		1,5-3 cm		yli 3 cm	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Syvyys (n=66)	34	52	24	36	6	9	2	3

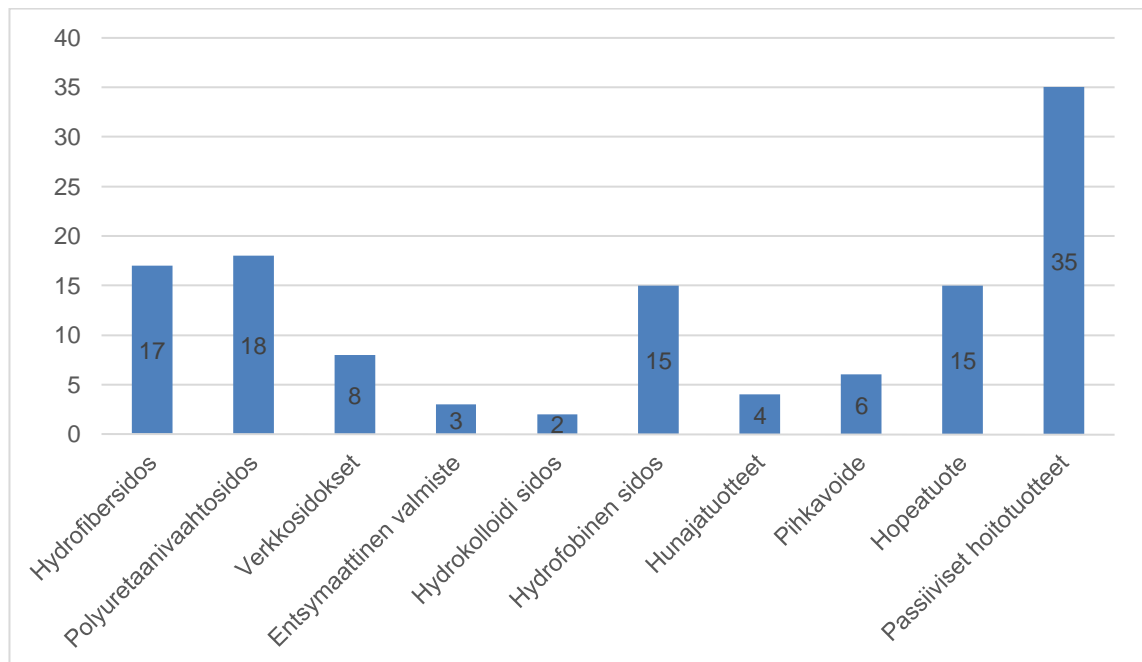
Haavat jaettiin keston mukaan neljään eri ryhmään: alle kaksi kuukautta kestäviin haavoihin (42 % f=36), 2-6 kuukautta kestäviin haavoihin (27 % f=23), yli vuoden kestäviin haavoihin (17 % f=15) ja 7-12 kuukautta kestäviin haavoihin (13 % f=11). 18 haavan tiedot kestosta puuttuivat.

Haavan hoitoon käytettiin 49 %:ssa aikaa 16–30 minuuttia (f=39), 28 %:ssa alle 15 minuuttia (f=22), 11 %:ssa 41–60 minuuttia (f=9), 8 %:ssa yli tunti (f=6) ja 5 %:ssa 31–40 minuuttia (f=4). Seitsemästä lomakkeesta puuttui vastaus.

Braden- riskipisteet oli laskettu 13 haavapotilaasta (15 %). Haavapotilaista 46 %:lla (f=6) riskipisteet sijoituivat välille 11–16 ja 54 %:lla (f=7) riskipisteet sijoituivat välille 17–21.)

MNA-ravitsemustilanarviointipisteet oli laskettu kymmenestä haavapotilaasta (11 %). Haavapotilaista 40 %:lla (f=4) MNA- pisteet jakautuivat välille 2-18 ja 60 %:lla (f=6) välille 19–28. Haavapotilasta 77:stä ei oltu laskettu ravitsemustilanarviointipisteitä.

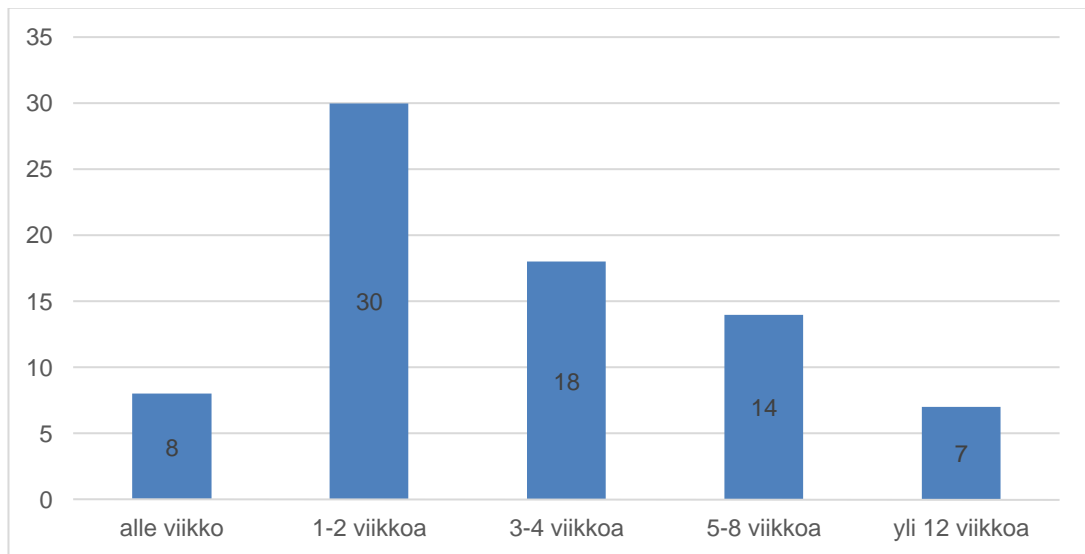
Tämän hetkessä haavanhoidossa eniten käytössä oli polyuretaanivaahtosidoksia (23 % f=18) ja hydrofibersidoksia (22 % f= 17). Vähiten käytetyt hoitotuotteet olivat hydrokolloidisidokset (3 % f=2). Passiivisia tuotteita eli esimerkiksi sideharsoja ja taitoksia haavanhoidon yhteydessä oli maininnut käyttävän 45 % (f=35). (Kuvio 4.) Puhdistuksen haavanhoidon yhteydessä oli maininnut 86 % (f=67) ja puudutuksen 13 % (f=10).



Kuvio 4. Tällä hetkellä käytössä olevat haavanhoitotuotteet (n=78).

Viimeisen vuoden aikana eniten käytetty hoitotuote oli polyuretaanivaahtosidokset 68 % (f=55). Hopeatuotteita oli käytetty 56 %:ssa (f=45), hydrofibersidoksia 47 %:ssa (f=38) ja hydrofobista sidosta 27:ssa % (f=24). Pihkavoidetta oli koekeltu 15:ssa % (f=12), verkkosidoksia ja hydrofobisia geeliosidoksia oli käytetty 11 %:ssa (f=9), entsyymaattisia valmisteita oli käytetty 7 %:ssa (f=6), hunajatuotteita 5 %:ssa (f=4) ja hydrokolloidisidoksia 2 %:ssa (f=2). Kuudesta lomakkeesta puuttui vastaus.

Haavanhoitotuotteiden yhteydessä kysyttiin, kuinka kauan tuotetta oli käytetty. Suurinta osaa haavatuotteista oli kokeiltu 1-2 viikkoa (39 % f= 30). (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Haavanhoitotuotteiden käyttöajat viikkoina (n= 77).

Kompressiohoito toteutui 41 %:ssa (f=25) tapauksista ja 59 %:lla (f=36) ei ollut käytössä kompressiohoitoa. Vastaaajista 26 oli jättänyt vastaamatta kysymyksen.

Haavapotilaista 90 % (f=78) ei tarvinnut avustusta ruokailussa. Avustusta tarvitsi 10 % (f=9) potilaista. Lisäksi 15 %:lla (f=13) oli käytössä lisäravinteena Cubitan® tai Nutrdrink®.

Suurimmassa osassa lomakkeista oli vastattu haavojen paranemiseen vaikuttavaksi tekijäksi jokin muu tekijä (33 % f=29). Osaan lomakkeista oli kirjoitettu muita tekijöitä. Muiksi tekijöiksi oli vastattu reuma, tupakointi, copd, korkea kolesterolit, vain toinen käsi käytössä, ylipaino, osteoporoosi, alaraajahalvaus, liikainen työ, ohut iho, turvotus, muistisairaus, heikko verenkierto ja haavan sijainti. Lisäksi haavojen taustalla oli infektio (31 % f=27) ja diabetes (23 % f=20). (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Haavojen paranemista hidastavat tekijät (n=87).

Haavan paranemista hidastavat tekijät	f	%
Infektio	27	31
Diabetes	20	23
Anemia	6	7
Liikkumattomuus	28	32
Huono ravitsemustila	19	22
Lääkitys	16	18
Allergiat	8	9
Psyykkiset tekijät	16	18
Hoitoon sitoutumaton	18	21
Muita tekijöitä	29	33

Suurin osa oli konsultoinut haavanhoidossa ihotautien erikoislääkärinä (26 % f=23) ja jotain muuta tahoa (23 % f=20). Osaan lomakkeista oli kirjoitettu muita tahoja. Muiksi tahoiksi oli mainittu terveyskeskuslääkäri, kirurgi, diabeteslääkäri, fysioterapeutti, oma lääkäri, lymfahoitaja, psykiatrinen hoitaja ja psykiatri. Vähiten haavahoidossa oli konsultoitu ravitsemusterapeuttia (3 % f=3). (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Haavanhoidossa käytetyt asiantuntija konsultaatiot (n=87).

Konsultaatiot	f	%
Haavahoitaja	16	18
Ihotautien erikoislääkäri	23	26
Verisuonikirurgi	12	14
Ravitsemusterapeutti	3	3
Jalkahoitaja	9	10
Joku muu	20	23

7 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimusta tehdessä, tutkijan on otettava monia eettisiä kysymyksiä huomioon. Tutkijan vastuulla on tuntea tutkimuksen teon periaatteet ja toimia niiden mukaisesti. Eettisesti hyvä tutkimus on tehty hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Ihmisarvon kunnioittaminen on tärkeä lähtökohta tutkimuksessa. Tutkimukseen osallistuminen tulee olla vapaaehtoista. Ennen tutkimuksen tekoa selvitetään miten osallistujien suostumus hankitaan, millaista tietoa heille annetaan tutkimuksesta ja tarvittaessa kerrotaan tutkimukseen liittyvistä riskeistä. (Hirsjärvi ym. 1997, 23–25.)

Opinnäytetyömme hyväksytyt tutkimuslupa saatiin lokakuun lopussa. Osallistuminen tutkimukseen oli vapaaehtoista, mutta kaikki Salon kaupungin terveystyö- ja vanhuspalveluiden yksiköt osallistuivat tutkimukseen, koska sen tarkoituksena on kehittää Salon kaupungin haavanhoitoa.

Tutkijoiden tulee ottaa aiemmat tutkimukset huomioon kunnioittamalla aiemmin tehtyä työtä ja viitattava niihin asianmukaisella tavalla omassa työssään. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012a). Tässä tutkimuksessa on hyödynnetty aiempia aiheeseen liittyviä tutkimuksia ja viitattu niihin asianmukaisella tavalla.

Tutkimukseen osallistujalla on mahdollisuus keskeyttää tutkimus missä vaiheessa tahansa, mutta osallistujan siihen mennessä antamia tietoja voidaan kuitenkin käyttää tutkimuksessa hyväksi. Tutkittavien tiedottaminen tutkimuksesta on tärkeää. Tutkittaville tulee kertoa tutkimuksen aihe ja toteutustapa, sekä kerätyn aineiston säilytystapa ja käyttötarkoitus. Myös osallistumisen vapaaehtoisuudesta tulee mainita. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012b.)

Tutkimuksen tiedote hoitajille tuli toimeksiantajalta. Toimeksiantaja lähetti tiedotteen sekä haavakartoituslomakkeet sähköpostitse kaikille Salon kaupungin terveystyö- ja vanhuspalveluiden työntekijöille. Tiedotteessa kerrottiin haavakartoituksen syy, aikataulu, milloin, miten ja kenelle se tuli olla palautettuna. Tiedotteessa mainittiin myös, että jatkossa kartoitus tehdään Salon kaupungissa kerran vuodessa. Lisäksi tiedotteessa oli ohjeet haavakartoituslomakkeen täyttöä var-

ten. Motivoivana tekijänä kartoitukseen vastaamiseen oli varmasti se, että lähettäjä oli esimies. Työntekijöitä ohjeistettiin tiedotteella täyttämään kartoituslomakkeet oikein. Lisäksi tiedotteesta löytyi yhteystiedot, jos kartoituslomakkeesta oli jotain kysyttävää.

Tutkimuseettisesti tärkeä periaate on myös yksityisyyden suoja, se kuuluu perustuslailla suojattuihin oikeuksiin. Tärkein yksityisyyden suojan osa-alue on tietosuojatutkimusaineiston keruussa, käsittelyssä ja tulosten julkaisemisessa. Tutkimuksessa henkilötietojen käsittely on sallittua vain tutkittavan suostumuksella. Kun aineisto on analysoitu, eikä tunnistetietojen säilyttämiselle ole enää tutkimuksellisia perusteita, tulee tunnistusteolliset paperiaineistot hävittää ja sähköiset tunnisteteaineistot poistaa. (Tampereen yliopisto 2013.) Saatu tutkimusaineisto säilytettiin vain tekijöiden hallussa niin, ettei kenenkään yksityisyyden suojaa rikottu. Vaikka lomakkeissa oli mainittu nimet, ei niitä käytetty tulosten analysoinnissa. Aineisto käsiteltiin luotettavasti ja hävitettiin tulosten analysoinnin jälkeen.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa yksi yleisin aineiston keruutapa on kysely eli survey- tutkimus. Kyselytutkimuksen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto nopeasti. Myös tutkimuksen toteutus ja aikataulu on helppo rajata haluttuun ajankohtaan. (Hirsjärvi ym. 2007. 186–190.) Tutkimuksessa on käytetty kyselytutkimusmenetelmää, koska tämän menetelmän avulla tutkimus oli helppo toteuttaa pienellä aikataululla saaden mahdollisimman suuri vastausprosentti.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tarkastelemalla validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetti kertoo siitä, onko tutkimuksessa mitattu sitä, mitä oli tarkoituskin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189–190.) Tämän tutkimuksen tulokset mittaavat sitä, mikä opinnäytetyön tarkoitus olikin, eli kartoittaa Salon kaupungin terveys- ja vanhushpalveluiden haavatilanne.

Kyselytutkimukseen liittyy kuitenkin joitain heikkouksia esimerkiksi siinä, jos vastaajat ymmärtävät kysymykset väärin tai pyrkivätkö he myös vastaamaan

niihin rehellisesti ja mahdollisimman tarkasti. Hyvän lomakkeen laatiminen vie aikaa ja vaatii paljon tietoa ja taitoa tutkijalta. (Hirsjärvi ym. 2007, 190–191). Tutkimuksessa käytettiin jo aiemmin laadittua haavakartoituslomaketta, jonka käyttöön oli saatu lupa. Aiempina vuosina lomake on ollut käytössä Turun kaupungilla ja se on todettu toimivaksi.

Täytettyjä lomakkeita palautui yhteensä 87 (n=87). Haavoja oli kuitenkin yhteensä 103, koska osa oli täyttänyt samaan lomakkeeseen useamman haavan. Tämä aiheutti ongelmia tulosten analysoinnissa, sillä haavojen tiedot oli täytetty puutteellisesti niissä lomakkeissa, joihin oli merkitty useampi haava. Jatkossa olisi hyvä painottaa tiedotteessa erityisesti sitä, että jokainen haava täytetään omalle lomakkeelle.

Lomakkeessa oli paljon avoimia kysymyksiä, mikä hankaloitti aineiston läpikäymistä varsinkin haavahoitotuotteiden osalta. Jatkossa haavakartoituslomaketta olisi hyvä kehittää vähentämällä avoimia kysymyksiä ja lisäämällä monivalintakysymyksiä, esimerkiksi juuri haavahoitotuotteiden kohdalla. Näin saataisiin luotettavammät vastaukset ja tulosten analysointi olisi helpompaa.

Reliabiliteetti mittaa, miten luotettavasti tulokset on toistettavissa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189–190). Alhainen reliabiliteetti saattaa johtua esimerkiksi siitä, jos mittaria on tulkittu väärin. Satunnaisia virheitä saattaa syntyä monista syistä esimerkiksi, jos vastaaja tulkitsee kysymyksen eritavalla kuin tutkija tai vastaaja muistaa jonkin asian väärin. (Hiltunen 2009.) Tämä tutkimus on toistettavissa samalla menetelmällä jatkossa. Tutkimus tehtiin kaikista Salon kaupungin haavapotilaista, sillä haavakartoitus oli osa potilaiden hoitoa.

Ennen haavakartoituslomakkeen täyttöä tulisi hoitajien lukea huolellisesti tiedote, josta ilmenee lomakkeen täyttöohjeet selkeästi. Ohjeistus tulisi käydä työyksiköissä yhdessä läpi varmistaen, että jokainen haavakartoituslomakkeen täyttävä työntekijä on ymmärtänyt ohjeistuksen samalla tavalla.

Kiireessä täytetty lomake ei välttämättä vastaa siihen, mitä on kysytty ja vastaukset saattavat olla epäselviä, koska kysymyksiin ei ehdi perehtymään aja-

tuksella. Joihinkin lomakkeisiin oli täytännyt useampi henkilö, jolloin vastaukset olivat hyvin eritasoisia. Lisäksi osa vastaajista oli vastannut yhteen lomakkeeseen useammasta haavasta ja osaa kysymyksiä ei ollut ymmärretty oikein. Edellä mainitut tekijät vaikuttavat tutkimustulosten analysointiin ja siten myös luotettavuuteen. Tärkeää on myös se, että vastaaja olisi itse hoitanut kyseistä haavaa, eikä täyttäisi lomaketta esimerkiksi kirjausten perusteella.

8 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli saada kokonaiskäsitys Salon kaupungin terveys- ja vanhuspalveluiden asiakkaiden haavoista haavakartoituksen avulla. Tavoitteena on haavakartoituksen avulla kehittää asiakkaiden haavanhoitoa. Tutkimuksen tulosten myötä työntekijät osaavat kehittää itseään oikeilla osa-alueilla ja haavakoulutuksissa osataan painottaa oikeita asioita. Näin ollen myös asiakkaat saavat jatkossa parempaa haavanhoitoa.

Ympäri vuorokautisissa hoitolaitoksissa suurin osa haavoista oli painehaavoja. Tulosten avulla työntekijöiden haavakoulutusten olisi hyvä painottaa painehaavoihin ja niiden ennaltaehkäisyyn. Kotihoidon asiakkaiden haavat olivat suurimmalta osalta kroonisia alaraajahaavoja ja terveysasemien haavat olivat haavoja, joiden taustalla oli jokin sairaus, kuten verisuonitulehdus, diabetes, ihon oheneminen ja allergiset haavaumat. Tulevissa työntekijöiden haavanhoitokoulutuksissa olisi hyvä keskittyä näihin haavatyyppeihin, niiden hoitoon ja ennaltaehkäisyyn.

Tutkimuksen tuloksista selviää, että haavanhoitotuotteiden yleisin vaihtoväli oli 1-2 viikkoa. Seitsemään lomakkeeseen haavanhoitotuotteiden vaihtoväliksi oli ilmoitettu yli kolme kuukautta. Koska haavanhoitotuotteita on markkinoilla paljon, myös hoitotuotteisiin liittyvät koulutukset olisivat tarpeen. Hoitajien tulisi tietää tuotteiden käyttötarkoitus ja osata valita haavalle oikeanlaiset sidokset, sekä arvioida sidosten vaikutusta haavan paranemiseen ja tarvittaessa vaihtaa tuotetta sopivampaan. Tämä nopeuttaisi haavojen paranemista. Pahimmassa tapauksessa tietämättömyydellä vain pahennetaan haavan tilannetta ja pitkitetään paranemista. Hoitajille olisi jatkossa siis hyvä järjestää koulutusta haavanhoitotuotteista, tai valita työyksiköstä muutama työntekijä haavanhoitovastaaviksi ja järjestää heille mahdollisuus kouluttautua asiantuntijoiksi ja tuoda tietoa omaan työyksikköön. Tämä edistäisi koko työyksikön haavanhoitoa.

Monessa haavanhoidossa oli kokeiltu paljon erilaisia hoitotuotteita viimeisen vuoden aikana. Hoitajat olivat kuitenkin konsultoineet vain vähän asiantuntijoita,

kuten haavanhoitajia haavanhoitoon liittyen. Hyvän haavanhoidon kannalta olisi hyvä konsultoida enemmän asiantuntijoita, jotta haavanhoito toteutuisi oikealla tavalla ja olisi tuloksellista. Myös kroonisista alaraajahaavoista kärsivien haavapotilaiden olisi hyvä käydä säännöllisesti jalkahoitajalla hoidattamassa jalkojen ihoa ja siten ennaltaehkäistä haavojen syntyä.

Haavakartoituslomakkeista ilmeni, että haavaa hoitaneita oli yleensä useampi hoitaja haavaa kohden. Jatkossa haavanhoitoa voisi kehittää niin, että haavaa hoitaisi vain muutama sama hoitaja, jotta haavanhoito olisi yhdenmukaista ja hoitaja osaisi tarkkailla ja arvioida haavanhoitoa esimerkiksi paikallishoidon ja haavan paranemisen kannalta. Haavaa hoitavien tulisi olla koulutuksen saaneita hoitoalan työntekijöitä, jotta haavanhoito toteutuisi oikeaoppisesti.

Samaa kartoituslomaketta on käytetty aikaisemmin Turun kaupungilla vuosina 2012–2014. Tehdyn tutkimuksen myötä haavakartoituslomaketta on kehitetty tarkentamalla kysymyksiä. Aiempina vuosina tuloksista on selvinnyt esimerkiksi, että diabetes on yleinen haavan paranemista hidastava tekijä, mutta diabeteshaavat olivat vähentyneet. Lisäksi muut haavat, kuten akuutit- ja leikkaushaavat, sekä palovammat olivat lisääntyneet eniten. (Jalonen & Ylönen 2014, 28.) Jalosen ja Ylösen tutkimukseen verraten, myös tekemämme tutkimus osoittaa, että diabetes on monessa (n=20) haavassa paranemista hidastavana tekijänä, mutta diabeteshaavoja oli kuitenkin vain vähän.

Tulevaisuudessa haavakartoitus Salon terveys- ja vanhuspalveluille on hyvä toteuttaa vuosittain. Näin saadaan kattava käsitys ja poikkileikkaus Salon kaupungin asiakkaiden haavatilanteesta ja näin ollen pystytään kehittämään haavanhoitoa. Jatkossa olisi hyvä, jos haavakartoituksella olisi vaikutusta haavanhoidon kehittämiseen muun muassa haavakoulutusten järjestämisessä ja niiden sisällön valinnassa. Tärkeää on, että haavakartoituslomaketta kehitettäisiin edellä mainitsemilla muutoksilla tulevaisuutta ajatellen.

LÄHTEET

- Aarnio, P. 2009. Kroonisten haavojen hoitoon tarvitaan monenlaisia menetelmiä. Lääkärelehti. 24/2009, 2155. Viitattu 17.9.2015. <http://www.fimnet.fi.ezproxy.turkuamk.fi/cgicug/brs/artikkeli.cgi?docn=000032290>.
- Anttila, P. 1998. Tutkimisen taito ja tiedonhankinta. Metodix. Viitattu 20.11.2015. http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/01_tutkimusprosessi/02_tutkimisen_taito_ja_tiedon_hankinta/09_tutkimusmenetelmat/30_sisallanalyysi.
- Diabeetikon jalkaongelmat (online). Käypähoito- suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Diabetesliiton lääkäriineuvoston, Suomen Endokrinologiyhdistyksen ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä, 2009. (viitattu 21.10.2015). Saatavilla Internetissä. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50079>.
- Eriksson, E.; Korhonen, T.; Merasto, M. & Moisio, E-L. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus –hanke. Viitattu 10.11.2015. <https://www.tehy.fi/@Bin/31009045/loppuraportti-sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>.
- Futtrup, I.; FASTERHOLDT, I.; Lee, A.; Kidholm, K.; Lauridsen, JT. & Sorensen, JL. 2011. Wound treatment in the patient's own home by collaboration between hospital and home care. Copenhagen. National Board of Health, Danish Centre of Health Technology Assessment. Viitattu 21.9.2015.
- Gerk-Stjernberg, P. 2014. Haavanhoidon haasteet kotihoidossa. Alueellinen haavakoulutus.
- Hannuksela, M. 2012. Säärihaava. Duodecim. Viitattu 2.11.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00511.
- Hannuksela, M.; Karvonen, J.; Reunala, T. & Suhonen, R. 2003. Ihotaudit. Duodecim.
- Hietanen, H. 2015. Painehaavojen ehkäisy. Duodecim. Viitattu 2.11.2015. http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk04675&p_haku=haava.
- Hietanen, H.; Iivanainen, A.; Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2002. Haava. WSOY.
- Hiltunen, L. 2009. Validiteetti ja reliabiliteetti. Viitattu 30.11.2015. http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius_ja_reliabiliteetti.pdf.
- Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Otavan Kirjapaino Oy.
- Jahkola, T. 2012. Haavapotilaan turvotuksen hoito. Haava. 4/2012. 18.
- Jalonen, L & Ylönen, M. 2014. Haavanhoidon osaamisen kehittäminen. Haava 2/2014. 28.
- Juutilainen, V. & Hietanen, H. 2012a. Haavan määritelmä ja haavatyypit. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim). Haavanhoidon periaatteet. SanomaPro Oy, 26-28.
- Juutilainen, V. & Hietanen, H. 2012b. Haavapotilaan tutkiminen. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim). Haavanhoidon periaatteet. SanomaPro Oy, 54-76.
- Juutilainen, V. & Hietanen, H. 2012c. Painehaava. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim). Haavanhoidon periaatteet. SanomaPro Oy, 300-337.
- Kallio, H. 2011. Ohjeita haavapotilaiden hoitoon.VSSHP. Viitattu 2.11.2015. https://moodle.metropolia.fi/pluginfile.php/400673/mod_resource/content/1/Haavanhoidosta_VSSHP_2014.pdf.

- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma pro Oy.
- Kinnunen, U-M. 2014. Kirjaaminen haavanhoidossa. Haava. 2/2014. 24.
- Kinnunen, U-M.; Ahtiala, M.; Hynninen, N.; Iivanainen, A.; Seppänen, S. & Tervo-Heikkinen, T. 2015. Painehaavan ehkäisy ja tunnitaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 10.11.2015. <http://www.hotus.fi/system/files/Painehaavalopullinen.pdf>.
- Kiura, E.; Reiman-Möttönen, P. & Mäkelä, M. 2012. Haavanhoito potilaan kotona sairaalan ja kotisairaanhoidon yhteistönä. Viitattu 18.9.2015. http://www.thl.fi/attachments/Meka/julkaisut/ohtanen/AS_3_2012_Haavanhoito.pdf.
- Koljonen, V.; Patja, K. & Tukiainen, E. Lääkärilehti. 2006;61(33):3203-3208. Viitattu 27.10.2015. https://tariaalaharijula.files.wordpress.com/2014/02/dm_haava_mamk-2.pdf
- Korhonen, A. 2012. Haavanhoidon peruseriaatteet. Haava. 2/2012. 18-21.
- Korhonen, A.; Pakkanen, J.; Tossavainen, L. & Neuvonen, V. 2013. Selvitys sairaanhoitajien osaamisesta painehaavan ehkäisyssä. Haava. 2/2014. 42.
- Krooninen alaraajahaava (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ihotautilääkäiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 17.9.2015). Saatavilla Internetissä. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/suositus;jsessionid=9269CB6E7C3F6869559286D2E77B862D?id=hoi50058#NaN>.
- Kotila, J. 2012. Vertaisarviointi osaamisen kehittämisen menetelmänä hoitotyössä. Pro-gradu tutkielma. Itäsuomi: Hoitotieteen laitos. Viitattu 10.11.2015. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef20121012/urn_nbn_fi_uef-20121012.pdf.
- Lagus, H. 2012. Haavan paraneminen. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim). Haavanhoidon periaatteet. SanomaPro Oy, 29-53.
- Lahtela, H. & Vento, P. 2014. Ravitsemus osana haavahoitoa. Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Viitattu 21.10.2015 <http://www.carea.fi/import/.3.%20Potilasohejet/Ravitsemus/150115%20Haavapotilaan%20ravitsemus.pdf>.
- Leiviskä, S. 2014. Säärihaavapotilaan hoitoon sitoutuminen. Pro gradu- tutkielma. Oulun Yliopisto.
- Lumio, J. 2012. Painehaavat eli makuuhaavat. Duodecim. Viitattu 2.11.2015. http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=dlk00313&p_haku=painehaav.
- Mamia, T. 2005. SPSS-alkeisopas. Viitattu 20.11.2015. http://groups.jyu.fi/sporticus/lahteet/LAHDE24_spss.pdf.
- Mustajoki, P. & Ellonen, M. 2014. Katkokävely (alaraajojen valtimoahtaus). Duodecim. Viitattu 6.10.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00004.
- Niemi, T. 2014. Telelääketiede haavahoidossa. Haava. 3/2014. 44.
- Paananen, S. 2012. Kompressiohoito teoriassa helppoa, käytännössä haastavaa. Haava. 4/2012. 24.
- Seppänen, S. 2014. Haavanhoidon osaamisen kehittäminen – Näyttöönperustuva haavanhoito tavoitteena. Haava 2/2014. 5.

- Soppi, E. & Iivanainen, A. 2013. Makuualustan valinnalla kustannushyötyä painehaavariskissä olevalle potilaalle. *Haava*. 4/2013. 12.
- Suomen haavahoitoyhdistys 2011. Painehaavahelpperi. Viitattu 2.11.2015. http://www.shhy.fi/site/assets/files/1041/painehaavahelpperi_a5_pysty.pdf.
- Suomen verisuonikirurginen yhdistys 2015. Iskeeminen haava. Viitattu 6.10.2015. <http://verisuonikirurgit.yhdistysavain.fi/hoito-ohjelma/iskeeminen-haava/>.
- Tampereen yliopisto 2013. Yksityisyys ja tietosuoja. Viitattu 16.11.2015 <http://www.uta.fi/tutkimus/etiikka/periaatteet/yksit.html>.
- Turku Clinical Research Centre . Tutkittavan tiedote ja suostumuslomake.. Viitattu 30.9.2015 <http://www.turkucrc.fi/index.phtml?s=77>.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012a. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimat eettiset periaatteet. Viitattu 16.11.2015. <http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakoarviointi-ihmistieteiss%C3%A4/eettiset-periaatteet>.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012b. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 30.11.2015. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Vaalasti, A.; Heikkilä, E.; Juutilainen, V.; Karpelin, M.; Kuokkanen, O.; Matilla, V.; Siljamäki-Ojansuu, U. & Viljamaa, J. 2014. Krooninen alaraajahaava. *Duodecim*. Viitattu 18.9.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.kotip_artikkeli=hoi50058.
- Vikatmaa, P. 2012. Verenkiertoperäinen alaraajahaava. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim). *Haavanhoidon periaatteet*. SanomaPro Oy, 266-299.
- Väisänen, T. 2012. Miten turvotus syntyy?. *Haava* 4/2012.

OPISKELIJAN TIEDOT

Nimi Vera Vääntinen / toinen tekijä Emmi Keskitalo

Osoite Rakuunatie 62 i 84 20720 Turku

Puhelin koti 050 5523691 Puhelin työ _____

Sähköposti vera.vanttinen@edu.turkuamk.fi

Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoidaja

OPINNÄYTETYÖ

Aihe/ työnimi Haavakartoitus Salon kaupungin terveystyö- ja vanhustalvluille

Aikataulu syyskuu 2015 - joulukuu 2015

TOIMEKSIANTAJA

Organisaatio Salon terveystalvkeskus

Työn ohjaaja / yhteystenkilö Salla Lindegren

Osoite Tehdaskatu 2, 24100 Salo

Puhelin 044 7726557 Sähköposti salla.lindegren@salo.fi

OHJAAVAN OPETTAJAN YHTEYSTIEDOT

Ohjaava opettaja Sirpa Nikunen ja Tiina Pelander

Puhelin 0449075494 Sähköposti sirpa.nikunen@turkuamk.fi

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT*

OHJAUS JA VASTUUT

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Turun ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.

OIKEUDET

Opinnäytetyön tekijänoikeus kuuluu tekijälle eli opiskelijalle. Tekijänoikeuden lisäksi myös muiden immateriaalioikeuksien osalta noudatetaan kulloinkin voimassa olevaa kyseessä olevaa oikeutta koskevaa lainsäädäntöä.

TYÖSUHDE JA KUSTANNUKSET

Mahdollisesta työsuhteesta, työstä maksettavasta palkki-osta ja työstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaamisesta toimeksiantaja ja opinnäytetyön tekijä sopivat erikseen.

TULOSTEN JULKISTAMINEN JA LUOTTAMUKSELLISUUS

Opinnäytetyöstä laaditaan Turun ammattikorkeakoulun ohjeen mukainen kirjallinen raportti.

Mitä liike- tai ammattisalaisuuksiin liittyviä asioita ei esitetä opinnäytetyöraportissa?

Kirjallinen raportti luovutetaan toimeksiantajalle ja asetetaan kirjaston kokoelmiin tai julkaistaan elektronisessa muodossa verkkokirjastossa.

Julkaistava opinnäytetyöraportti on laadittava niin, ettei se sisällä liike- tai ammattisalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa (laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta) salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, vaan ne jätetään työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyön arvioinnissa otetaan huomioon sekä julkaistava että salassa pidettävä osa.

Opinnäytetyön toimeksiantaja ja opiskelija sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat.

Toimeksiantajan edustajalle varataan mahdollisuus tutustua opinnäytetyöraporttiin viimeistään neljätoista (14) päivää ennen aiotua julkaisemista. Toimeksiantaja antaa työstä ennen edellä mainittua julkaisemisajankohtaa lausunnon, jossa voidaan määritellä opinnäytetyöraporttiin mahdollisesti sisältyvät liike- tai ammattisalaisuudet, joita ei julkaista.

OLEMME YHTEISESTI SOPINEET OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSESTA YLLÄ ESITETTYLLÄ TAVALLA

5, 10 20 15
7, 10 20 15

Vera Vänttinen Emmi
Opiskelija
HANNELE LYYPING
Toimeksiantaja


LIITE : OPINNÄYTETYÖSUUNNITELMA

* Turun ammattikorkeakoulun toiminnan yhtiöittämistä vuoden 2014 alusta valmistellaan. Osakeyhtiön toiminnan alettua tämä sopimus siirtyy Turun AMK:n toiminnan vastaanottavalle yhtiölle.

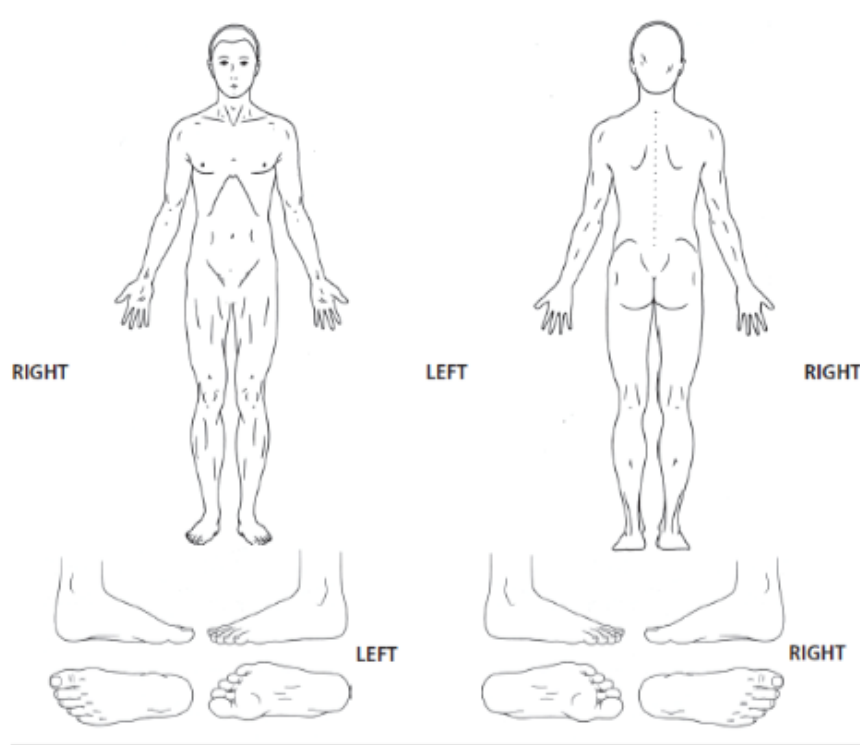
Turun ammattikorkeakoulu
Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku
puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791
sposti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi

HAAVAKARTOITUS

Yksikkö:			
Potilaan etunimi:		Potilaan ikä:	
		BMI:	
Haavaa hoitaneiden lukumäärä:		Haavaa hoitaneiden ammattinimikkeet:	
Haavan kuvaus			
Haavatyyppi/haavadiagnoosi			
Haavan sijainti			
Haavan mitat	Maksimipituus	<input type="text"/>	cm/mm
	Maksimileveys	<input type="text"/>	cm/mm
	Maksimisyvyys	<input type="text"/>	cm/mm
Haavan kesto viikkoina		Haavanhoitokertaan käytetty aika	
Braden -riskipisteet	<input type="text"/>	MNA -pisteet	<input type="text"/>
		Muu riskikartoitus, mikä	<input type="text"/>
1. Kuvaile tämänhetkinen haavanhoito			
2. Mitä haavanhoitotuotteita on käytetty viimeisen vuoden aikana? Kuinka kauan? Toteutuuko kompressiohoito kyllä / ei?			
3. Käytössä olevat lisäravinteet?			
4. Avustetaanko syömisessä, miksi?			
Haavan paranemista mahdollisesti hidastavat tekijät		Asiantuntijoiden konsultaatiot	
Infektio	<input type="checkbox"/>	Haavahoitaja	Päivämäärä <input type="text"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Ihotautien erikoislääkäri	<input type="text"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	Verisuonikirurgi	<input type="text"/>
Liikkumattomuus	<input type="checkbox"/>		
Huono ravitsemustila	<input type="checkbox"/>		
Lääkitys	<input type="checkbox"/>		

Allergiat Psykkiset tekijät Hoitoon sitoutumaton Muita tekijöitä		Ravitsemusterapeutti <input type="text"/> Jalkaterapeutti/ jalkojenhoitaja <input type="text"/> Joku muu <input type="text"/>
---	---	--

Haavan sijainti:



© Leena Jalonen ja Minna Ylönen,
 Turku, hyvinvointitoimiala

Tiedote

Haavakartoitus 2015

Haavatilanteen kartoitus/Salon kaupunki, Terveystieteiden palvelut ja vanhuspalvelut

Hoidossa olevien haavojen kartoitus tehdään Salon kaupungissa jatkossa ker-
ran vuodessa. Näin saadaan kattava käsitys ja poikkileikkaus salolaisten asiak-
kaisen haavatilanteesta.

Kartoitusajankohta on vuonna 2015 vko 41, 8.10 asiakassuhteessa olevat.

Jokaisesta haavasta täytetään erillinen lomake. Lomake on s-postin liitteenä ja
se tulostetaan. Lomakkeet palautetaan sisäisellä postilla 19.10 mennessä osoit-
teeseen Kaupungintalo, vanhuspalvelut, Salla Lindegren.

Ohjeita lomakkeen täyttämiseksi:

- Yksikkö/tiimi tulee kirjata mahdollisimman tarkasti
- Haavaa hoitaneiden lukumäärä (=kaikki jotka ovat haavaa hoitaneet) yk-
sikössä/toimipaikassa
- Haavatyypit/haavadiagnoosi = lääkärin tekemä diagnoosi (pitää löytyä
Effica terveystietokannasta). Ellei diagnoosia löydy, kirjataan haava-
tyyppi.
- Haavahoitajaksi luokitellaan haavanhoitokoulutuksen käynyt
- Konsultaatiopäivämäärät lähimmän vuoden ajalta, hoitovastuussa ole-
vaa henkilökuntaa (esimerkiksi omalääkäri, tiimin sh) ei luokitella konsul-
taatiotahoksi.
- Hidastaviin tekijöihin lasketaan mm. seuraavat lääkitykset: Marevan, im-
munosuppressiiviset lääkkeet, kortisonitabletit ja- voiteet
- Muita tekijöitä kohtaan kirjataan esimerkiksi Parkinson, halvaus, haavaa
itse hoitava
- Jos haavan sijainti hankala kirjallisesti selittää, merkitään sijainti lomak-
keen toisella sivulla olevaan kuvaan
- Braden/MNA (alle 65v NRS)/muu riskipisteytys: viimeisimmät tulokset
- Haavanhoito tulee kuvailla mahdollisimman tarkasti, tarvittaessa tekstiä
voi jatkaa lomakkeen toiselle puolelle
- Aiemmin käytetyt tuotteiden osalta merkitään myös niiden käyttöaika
- Lisätietoja antavat Salla Lindegren, salla.lindegren@salo.fi tai Pirjo Par-
viainen, pirjo.parviainen@salo.fi

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
 Terveysala, Salo
 Ylhäistentie 2
 24130 SALO
 Puh. (02) 263 350
 Fax. (02) 2633 6179

ANOMUS OPINNÄYTETYÖN AINEISTON KOKOAMISEKSI

Tutkimuksen nimi	Haavakartoitus Salon kaupungin terveys- ja vanhuspalveluille
Tutkimusongelma	Millaisia haavoja terveys- ja vanhuspalveluiden asiakkailta on?
Tutkimuksen kohde ja aineiston keruumenetelmä	Tutkimuksen kohteena on Salon kaupungin terveys- ja vanhuspalveluiden asiakkaat, joilla on krooninen haava.. Tutkimusaineiston keruumenetelmänä on haavakartoituslomake.
Aineiston kokoamisajankohta	Lokakuu 2015
Tutkimuksen arvioitu valmistumisajankohta	8.12.2015
Tutkimussuunnitelma hyväksytty	5/10/2015
Tutkimuksen ohjaajat	Sirpa Niunen puh 0449075494 Tiina Pelander puh 0449075486
Sitoudumme käyttämään kokoamaamme aineistoa tutkimusongelman puitteissa ja siten, että tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden anonymiteetti säilyy.	
Tutkimuksen tekijät	Sairaanhoitaja, NsHK13 Toinen tekijä: (suuntautumisvaihtoehto) (ryhmä) Vera Vänttinen Emmi Keskitalo (nimi) Rakunatie 62184 Törnintie 3B9 (osoite) 20720 Turku 21530 Paimio 050 5523691 0408232525 (puhelinnumero)

Anomus käsitelty 9/10/2015
 lupa myönnetty
 lupa evätty, peruste _____

Allekirjoitus EMMI KESKITALO

Anomus ja tutkimussuunnitelma toimitetaan yhtenä kappaleena, josta toimeksiantaja lähettää kopiot yhdelle opiskelijalle, yhdelle ohjaavalle opettajalle ja kullekin työhön osallistuvalla toimipisteelle. Alkuperäinen jää toimeksiantajalla. Valmis työ toimitetaan toimeksiantajalle sovitulla tavalla.

SALON KAUPUNKI

VIRANHALTIJAPÄÄTÖS

Vanhuspalveluiden päällikkö

8.10.2015

§ 1

Tutkimuslupa

Tutkimuslupa/Vera Vänttinen ja Emmi Keskitalo

1927/07.01.04.01.03/2015

Turun ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat Vera Vänttinen ja Emmi Keskitalo anovat tutkimuslupaa opinnäytetyötä varten.

Tutkimuksen nimi on Haavakartoitus Salon kaupungin terveys- ja vanhuspalveluille. Tutkimuksen kohteena on terveys- ja vanhuspalveluiden asiakkaat, joilla on krooninen haava.

Tutkimusaineiston keruumenetelmänä on haavakartoituslomake ja aineiston kokoamisajankohta on lokakuu 2015.

Päätöksen peruste Hallintosääntö 9 § 3

Päätös Myönnetään tutkimusluvan vanhuspalveluiden osalta Vera Vänttiselle ja Emmi Keskitalolle.


Hannele Lyytinen
Vanhuspalveluiden päällikkö

Jakelu Vänttinen Vera
Keskitalo Emmi