



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

KIPSAUSOPAS UUDELLE TYÖNTEKIJÄLLE

Jenni Mikkilä

Jenni Mäki

Opinnäytetyö
Lokakuu 2015
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

MIKKILÄ, JENNI & MÄKI, JENNI
Kipsausopas uudelle työntekijälle

Opinnäytetyö 38 sivua, joista liitteitä 32 sivua
Lokakuu 2015

Opinnäytetyö toteutettiin tuotokseen painottuvana opinnäytetyönä, jonka tarkoituksena oli tuottaa kahden akuuttiyksikön uusille työntekijöille kipsausopas. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa. Tavoitteena oli, että oppaan avulla saa perehdytettyä uuden työntekijän kipsaamiseen. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, millaisia välineitä ja materiaaleja tarvitaan kipsaamiseen, miten kipsataan yleisimmät kipsit ja kuinka sairaanhoitaja ohjaa potilasta.

Kipsihoito luo hyvät edellytykset luutumiselle. Kipsaus on onnistunutta, kun siinä käytettävät materiaalit ja välineet on valittu oikein. Potilaan ohjauksen on oltava myös laadukasta. Opinnäytetyön teoreettisessa osassa keskitytään yleisimpiin luunmurtumiin ja niiden paranemisprosessiin, kipsausmateriaaleihin ja itse kipsaukseen. Potilaan ohjaus ja kivunhoito kuuluvat myös käsiteltäviin aiheisiin.

Tuotoksena syntyi opas, jossa on runsaasti kuvia. Kuvat toimivat havainnollistavana tekijänä yhdessä teoretiedon kanssa. Tarkoituksena oli luoda mahdollisimman selkeä kuva kipsaamisesta. Oppaassa käydään läpi lyhyt saapaskipsi, dorsaalinen rannelasta ja kulmakipsi. Näiden lisäksi käsitellään potilaan ohjausta sekä kivunhoitoa.

Kehittämisehdotuksena on videomateriaalin tekeminen kipsausoppaan tueksi uusien työntekijöiden perehdyttämistä varten. Lisäksi olisi hyvä selvittää, miten kipsausopasta hyödynnetään perehdytyksessä.

Asiasanat: kipsaus, kipsihoito, luunmurtumat, potilasohjaus

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

MIKKILÄ, JENNI & MÄKI, JENNI
A Guide to Plaster Casting for a New Employee

Bachelor's thesis 38 pages, appendices 32 pages
October 2015

This study was conducted as a functional study, with an aim to produce a guide on plaster casting for new employees in two acute units. The study was carried out in co-operation with Pirkanmaa Health Care District. The study was made to be used to orientate a new employee to plaster casting with the help of the guide. The objectives of the study were to find out what kind of tools and materials are needed for plaster casting, how to do the most common castings and how nurses are supposed to help the patient.

Plaster treatment creates good conditions for ossification. Plaster casting is successful when materials and equipment are chosen correctly. Guidance of patients must also be of high quality. The theoretical part of the thesis focuses on the most common bone fractures and their healing process, casting materials and casting itself. Guidance of the patient and pain treatment also belongs to the matters concerned.

As an outcome a guide with a lot of illustrations was made. The illustrations are used to visualize plaster casting along with the theoretical part. The aim was to create the clearest possible picture of plaster casting. The guide will cover a short-boot plaster cast, dorsal wrist brace and gypsum. The thesis also covers guidance of patient and pain treatment.

Suggestion for development for the future would be producing video material to support the orientation guide. Suggestion for further research could be to examine how to utilize the orientation guide.

Key words: plaster, plaster treatment, bone fractures, patient guidance

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET.....	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	7
4	LUUNMURTUMAT.....	8
4.1	Murtumatyypit.....	8
4.2	Luunmurtumasta aiheutuvat oireet.....	8
4.3	Murtuman paraneminen.....	9
4.4	Yleisimmät luunmurtumat.....	10
5	KIPSIHOITO.....	12
5.1	Reponointi.....	12
5.2	Kivunhoito.....	12
5.3	Kipsausmateriaalit ja -välineet.....	13
5.4	Kipsaaminen.....	15
5.4.1	Lyhyt saapaskipsi.....	15
5.4.2	Dorsaalinen rannelasta.....	18
5.4.3	Kulmakipsi.....	20
6	POTILAAN OHJAUS JA HUOMIOINTI.....	23
6.1	Potilaan ohjaus.....	23
6.2	Potilaan ohjaus ennen kipsausta ja kipsauksen aikana.....	24
6.3	Kotihoito-ohjeet.....	24
7	TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ.....	27
7.1	Tuotokseen painottuva opinnäytetyö.....	27
7.2	Tuotoksen kuvaus.....	27
7.3	Opinnäytetyön prosessi.....	29
8	POHDINTA.....	31
8.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	31
8.2	Johtopäätökset ja kehittämissuhteet.....	33
	LÄHTEET.....	35
	LIITTEET.....	38

1 JOHDANTO

Raajavammat ja murtumat ovat yleisimpiä tapaturmia. Yleisimpiä murtumia ovat varttinäluun alaosan-, nilkan-, reisiluun- ja olkaluun yläosan murtumat. Tyypillisiä murtuman oireita ovat kipu, turvotus ja mahdollinen virheasento. (Roberts, Alhava, Höckerstedt & Leppäniemi 2009, 197.) Murtumatyyppejä on useita erilaisia, joihin vaikuttaa voima ja energia murtumatilanteessa sekä syntymekanismi. (Kuisma, Heikkilä & Kassara 2009, 26).

Tämän opinnäytetyön aiheena ovat yleisimmät murtumat sekä kipsit. Opinnäytetyön tuotoksena on kipsausopas uudelle työntekijälle. Kipsihoito luo murtuman luutumiselle hyvät olosuhteet sekä tarkoituksena on ehkäistä luutumishäiriöitä. Kipsihoito on onnistunut, kun kipsi, siinä käytettävät materiaalit ja välineet ovat oikeita sekä potilaan ohjaus on laadukasta. (Kuisma ym. 2009, 10.) On siis tärkeä taito osata kipsata oikein, jotta edellä mainitut asiat toteutuvat.

Opinnäytetyö on toteutettu yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kahden akuuttiyksikön kanssa. Näissä yksiköissä koettiin tarvetta kipsausoppaalle, jonka kohderyhmänä ovat uudet työntekijät. Opinnäytetyön aihe tilattiin Tampereen ammattikorkeakoululta ja valitsimme aiheen aiheenvalintaseminaarissa. Oma kiinnostus aiheeseen lähti siitä, että meillä molemmilla on jonkinlaista kokemusta kipsauksesta lähihoitajakoulutuksen myötä. Haluamme kuitenkin syventää tätä tietoa ja taitoa tämän opinnäytetyön myötä, sillä sitä ei sairaanhoitajakoulutuksessa opiskella. Meillä oli myös toiveena, että tekisimme toiminnallisen opinnäytetyön, joten aihe oli oikein soveltuva meille.

Työelämäyhteydellä oli mietittynä selkeä rajaus niistä kipseistä, joita he haluavat oppaassa käytävän läpi. Sen vuoksi olemme rajanneet käsiteltäväksi vain tietyt murtumat ja kipsit.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä kipsausopas uudelle työntekijälle. Opas tulee Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kahden akuuttiyksikön käyttöön.

Opinnäytetyön tehtävät:

1. Millaisia välineitä ja materiaaleja tarvitaan kipsaamiseen?
2. Miten kipsataan saapaskipsi, kulmakipsi ja dorsaalinen rannelasta?
3. Kuinka sairaanhoitaja ohjaa potilasta?

Opinnäytetyön tavoitteena on perehdyttää uusi työntekijä kipsaukseen. Opinnäytetyön tuotoksesta on hyötyä niin uusille työntekijöille, kuin myös muullekin hoitohenkilökunnalle. Yksi tavoitteista on myös lisätä omaa tietämystämme kipsaamisesta.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön teoreettinen lähtökohta on esitetty kuviossa 1. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat kipsaus, kipsausmateriaalit ja -välineet, luunmurtumat sekä potilaan ohjaus. Kaikki edellä mainitut tekijät ovat oleellisia onnistuneen kipsihoidon kannalta, joten nämä asiat kipsaajan täytyy hallita.



KUVIO 1. Opinnäytetyön teoreettinen lähtökohta

4 LUUNMURTUMAT

4.1 Murtumatyypit

Murtumat syntyvät pääasiallisesti trauman seurauksena. Murtuman syntyyn vaikuttavat vammamekanismi, vammaenergia, voiman suunta ja luun rakenne. Murtumat voidaan jaotella viisto-, poikki-, pirstale-, väsymis-, kierre- ja hiusmurtumiksi. (Kuisma ym. 2009, 26.) On olemassa myös patologisia murtumia, joissa luu on heikentynyt syövän etäpesäkkeen tai osteoporoosin vuoksi. Poikkimurtumat syntyvät tavallisimmin suoran iskun vaikutuksesta. Taivuttavan ja kiertävän voiman seurauksena syntyy pirstaleinen murtuma. Kun hohka- tai putkiluuhun ilmaantuu toistuvaa ylikuormaa, syntyy väsymismurtuma. (Hammar 2011, 363–364.) Kierremurtuma on epäsuoran väkivallan aiheuttama pituusakselin suuntaisen kiertymisen synnyttämä (Aro & Kettunen 2010, 214).

Murtumat voivat olla myös joko avo-, umpi-, osittaisia tai täydellisiä murtumia (Kuisma ym. 2009, 26). Umpimurtuma ei ulotu ihon läpi, kun taas avomurtumassa luu lävistää ihon. Täydellisessä murtumassa fragmentit eli murtumakappaleet eivät ole siirtyneet pois paikoiltaan. (Aro & Kettunen 2010, 215.)

4.2 Luunmurtumasta aiheutuvat oireet

Luunmurtumiin liittyy usein pehmytkudosvaurioita ja ne kohdistuvat lihaksiin, hermoihin, verisuoniin sekä ihoon. Tämän vuoksi murtumapotilas on tutkittava huolellisesti, jotta vammojen todellinen luonne saadaan selville. Murtuman yleisimmät oireet ovat virheasento, turvotus ja kipu. Virheasento johtuu siitä, että luut siirtyvät paikaltaan. Turvotus aiheutuu kudostesteestä ja verenvuodosta murtuma-alueella. Kipu taas aiheutuu yleensä lihasspasmista, kudostraumasta, hermon puristumisesta tai murtuneen luun liikkeestä. (Holmia, Murtonen & Myllymäki 2008, 697–698.)

Verenvuoto liittyy luunmurtumiin aina. Jos suuri luu murtuu, voi verta vuotaa niin runsaasti, että potilas voi joutua shokkiin. Esimerkiksi säären umpimurtuma voi vuotaa

500ml ja lantiomurtuma jopa 3000ml. (Castrén, Korte, & Myllyrinne 2012.) Hermovaurio tai hermopinne voi aiheuttaa murtuma-alueelle tunnottomuutta. Mustelmia voi ilmes-tyä, koska veri vuotaa ihonalaiskudokseen. (Holmia ym. 2008, 697–698.)

4.3 Murtuman paraneminen

Luunmurtuman paranemisprosessin edellytyksenä on, että murtuneen luun kappaleet saa- daan anatomisesti hyvään asentoon. Jos hyvää asentoa ei saavuteta reponoinnilla, päädy- tään operatiiviseen- eli leikkaushoitoon kuten sisäinen kiinnitys, levyt ja ruuvit tai salpa- ydinnaulaus. Reponointi tarkoittaa murtuneen luun kappaleiden sijoilleen asettamista anatomisesti mahdollisimman hyvään asentoon (Kuisma ym. 2009, 10, 26.) Tarvittaessa voidaan käyttää myös ulkoista kiinnityslaitetta vaikeiden avomurtumien tai pirstaleisen murtuman hoitoon (Hammar 2011, 367).

Murtumakohtaan muodostuu verihyytymä, joka korvautuu ensin sidekudoksella ja sen jälkeen rustokudoksella. Nämä liittävät murtumapinnat yhteen. (Holmia ym. 2008, 698.) Murtuma-alueelle syntyy uudisluu, joka koostuu sidekudossäikeistä sekä niihin kiinnitty- vien luumosolujen uudisluumuodostuksesta (Hammar 2011, 368). Luutuminen kestää muutamista viikoista useisiin kuukausiin (Kuisma ym. 2009, 26).

Paraneminen on yksilöllistä riippuen luun paranemista edistävästä ja hidastavista teki- jöistä. Edistävinä tekijöinä voidaan pitää immobilisaation eli liikkumattomaksi tekemisen onnistumista, murtuman asennon korjausta ajoissa, hyvää verenkiertoa, nuorta ikää, D- vitamiinien ja kalsiumin riittävää saantia, perustervettä potilasta ja fyysistä aktiivisuutta ennen murtumaa. (Holmia ym. 2008, 698.) Yleensä paranemisaika riippuu paljon myös siitä, missä murtuma sijaitsee kehossa. Luutumisaajat vaihtelevat luusta riippuen. (Atkin- son, Coutts & Hassenkamp 2005, 95.)

Luun paranemista hidastavia tekijöitä ovat viivästynyt asennon korjaus, luunpäiden siir- tyminen murtumakohdassa paranemisen aikana, komplisoitunut murtuma ja infektio mur- tuma-alueella. Myös verenkiertohäiriö luussa ja huono verenkierto, erilaiset sairaudet ku- ten diabetes, osteoporoosi ja aliravitsemus sekä potilaan korkea ikä ovat hidastavia teki- jöitä. (Holmia ym. 2008, 698.)

4.4 Yleisimmät luunmurtumat

Nilkan murtumat kuuluvat yleisimpiin nilkkavammoihin. Heti nilkannyrjähdysten jälkeen tulevat yleisimpänä vammoina nilkan murtumat. Nilkkamurtumissa yleisimmin murtuvat ulkokehräsluu eli malleolus lateralis sekä pohjeluun eli fibula nilkkanivelen yläpuolelta. Sisemmän kehräsluunmurtuma eli fractura malleoli medialis on myös yleinen. (Beckenkamp, Lin & Herbert 2011; Pakarinen, Laine & Ristiniemi 2012; Aro & Kettunen. 2010, 541.)

Nilkkamurtumat syntyvät yleisimmin kiertovamman seurauksena (Pakarinen ym. 2012). Nilkkamurtumassa oireina ovat kova kipu, erityisesti kun varaa jalalle. Virheasento nilkassa kertoo useimmiten murtumasta. (Saarelma 2014a). Pohjeluun eli fibula on lihasten ja nivelsiteiden kiinnittymisaluetta ja sen osuus ruumiinpainon kannattamisessa on vähäinen. Erillinen pohjeluun murtuma on suoran väkivallan seurauksena aiheutuva ja esiintyy luun keskikolmanneksella. (Aro & Kettunen 2010, 538.)

Sääriluun eli tibia on helposti tunnusteltavissa pinnallisen sijaintinsa vuoksi. Sääriluun murtuma on yleinen vamma nuorilla sekä keski-ikäisillä aikuisilla. Ne voivat olla poikimurtumia tai pirstaleisia murtumia, joka kertoo suuremmasta vammaenergiasta. (Aro & Kettunen 2010, 535–536.) Sääriluun murtumista neljännes on avomurtumia (Hirvensalo, Böstman & Harilainen 2010, 537). Näitä voidaan kutsua suoran väkivallan aiheuttamiksi. Epäsuora väkivalta taas johtaa kierre- tai viistomurtumaan. Murtumakohdalla on nähtävissä turvotusta, palpaatioarkuutta sekä epämuodostuneisuutta. (Aro & Kettunen 2010, 535–536.) Sääriluun murtumaan saattaa liittyä runsas verenvuoto kudoksiin ja suuret verisuonet tai hermot voivat vaurioita (Saarelma 2014a).

Värttinäluun eli radiuksen murtumat ovat yleisimpiä murtumia aikuisilla. Tyypillisin vammamekanismi on kaatuminen ojennetun ranteen varaan. Murtuman aiheuttajina ovat myös suurienergiset vammamekanismit, kuten putoamis-, liikenne-, tai urheiluvammat. Oireina ovat turvotus, virheasento, liikkutelukipu, arkuus sekä verenpurkauma. (Flinkkilä, Sirniö & Hippi 2010; Hammar 2011, 374; Waris & Paavola 2008; Saarelma 2014b.) Kyy-näriluun eli ulna on toinen pitkä luu kyy-närvarressa värttinäluun lisäksi. Kyy-näriluun mur-

tuma on seurausta suorasta sekä voimakkaasta iskusta tai väännöstä kyynärvarren alueella. Luunmurtuman oireina on kipua, turvotusta ja liikearkuutta kyynärvarren kierto-
liikkeissä. (Aro & Kettunen 2010, 446.)

5 KIPSIHOITO

Kipsihoidon tarkoituksena on immobilisaatiolla säilyttää murtuman hyvä ja oikea asento. Oikeaoppinen kipsi tukee murtumaa luutumisen edistämiseksi. Kipsihoito luo luutumiselle hyvät olosuhteet ja ehkäisee luutumishäiriöitä. Se myös lievittää kipua murtuma-alueella, sallii raajan käytön ja sen varaamisen sekä edistää murtuman paranemista. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2013, 208; Kuisma ym. 2009, 10; Ahonen, Blek-Vehkaluoto & Ekola 2012, 670.)

5.1 Reponointi

Tarvittaessa murtuma täytyy reponoida eli asettaa murtuneen luun kappaleet sijoilleen anatomisesti mahdollisimman hyvään asentoon (Kuisma ym. 2009, 10). Tavoitteena on saada murtuma-asento optimaaliseen asentoon, jotta murtuma paranee mahdollisimman hyvin (Mustajoki, Alila & Matilainen 2013, 407). Reponointi tehdään kliinisen tutkimuksen ja röntgenkuvien perusteella (Aro & Kettunen 2010, 229).

Ennen reponointia tulee huomioida riittävä kipulääkitys sekä paikallispuudutus. Kipulääkityksen ja paikallispuudutuksen täytyy antaa vaikuttaa noin 15–30 minuuttia ennen reponointia. (Mäenpää 2012a, 72.) Lääkäri suorittaa reponoinnin, mutta muu henkilökunta avustaa tukemalla raajaa murtumatyypistä ja – paikasta riippuen (Mustajoki ym. 2013, 407). Murtuman reponoitu asento tulee säilyttää sopivalla otteella kipsaukseen saakka ja asento tarkistetaan läpivalaisussa tai röntgenkuvauksessa (Aro & Kettunen 2010, 229).

5.2 Kivunhoito

Kipu on jokaisella ihmisellä henkilökohtainen ja yksilöllinen kokemus. Kiputuntemus on aina tilanteesta riippuva, jossa se koetaan. (Vainio 2009.) Kipu voi olla akuuttia eli lyhytaikaista tai kroonista eli pitkäaikaista. Akuutti kipu liittyy elimistön sairauten tai vaurioon ja se varoittaa kudonvauriosta. Akuutti kipu on äkillistä kipua, joka kuitenkin on ohimenevää. (Mustajoki ym. 2013, 663.)

Luunmurtumaan liittyy aina kipu. Kun potilas tulee hoidettavaksi luunmurtuman vuoksi, tulee kipua arvioida tarkasti ja säännöllisesti sekä muistaa kirjaaminen. Varsinkin hoidon alussa on tärkeä määritellä kivun sijainti, sen luonne ja voimakkuus. Apuna voidaan käyttää erilaisia kipumittareita. (Mustajoki ym. 2013, 663.) Yleisin käytetty kipumittari on VAS eli visuaalianalogiasteikko. Asteikko on välillä 0-10. Asteikon numerot kuvaavat, miten voimakasta kipu on. Nolla kuvaa kivuttomuutta ja 10 on pahin mahdollinen kipu. Kivun voimakkuutta voi VAS asteikon avulla kysyä suullisesti, mutta on myös olemassa kuvallisia asteikkoja, esimerkiksi janoja, sekä lapsille kasvoasteikkoja. (Vainio 2009.)

Kun murtuma tuetaan kipsillä, tulisi kivun silloin vähentyä. Tämän rinnalla tarvitaan kuitenkin myös riittävää kipulääkitystä. (Kuisma ym. 2009, 28.) Tulehduskipulääkkeitä ja parasetamolia voidaan käyttää lievään ja kohtalaisen kivun hoitoon. Näistä esimerkkeinä Burana® (ibuprofeeni) ja Panadol® (parasetamoli). (Mustajoki ym. 2013, 665.) Opioidoja eli keskushermoston kautta vaikuttavia kipulääkkeitä käytetään akuuteissa kiputiloissa, joissa kipu johtuu yleisimmin kudonvaurioista ja tulehduksista Tehokkaimpia ja käytetyimpiä lääkkeitä ovat esimerkiksi Fentanyl® (fentanyyli) ja Oxanest® (oksikodoni). (Kalso & Haanpää 2009, 193.)

Murtuman kivunhoidossa voidaan hyödyntää myös ei-lääkkeellisiä kivunhoitomenetelmiä kuten kylmähoito (esimerkiksi jääpussi). Kylmä hidastaa hermojen johtumisnopeutta sekä aiheuttaa ihon tunnottomuutta, jonka myötä kipu lievittyy. (Mustajoki ym. 2013, 663- 670.) Asentohoito on myös yksi kivunlievitysmenetelmä, joka vähentää myös tehokkaasti turvotusta (Kuisma ym. 2009, 32).

5.3 Kipsausmateriaalit ja -välineet

Kalkkikipsiä kutsutaan myös nimellä massakipsi. Se koostuu verkkokankaasta, johon on liitetty kalkkimateriaali. Kalkkikipsi on hyvin muovautuva. Kalkkikipsi reagoi veden kanssa. Käsittelyaikaan voidaan vaikuttaa veden lämpötilalla. Yleisesti käytetään noin 20–25 asteista vettä. Kun kalkkikipsi alkaa kovettua, se tuottaa lämpöä. Kuivumisaika on tavallisimmin noin 2-3 vuorokautta. (Kuisma ym. 2009, 11.)

Pehmytkipsi on muovi- tai lasikuitukipsiä. Suurimmat erot koviin materiaaleihin verrattuna ovat pehmeys sekä elastisuus. Sitä käytetään useimmiten yhdistelmäkipsissä yhdessä kovan synteettisen kipsin kanssa. Vesi aiheuttaa kyseiselle materiaalille kemiallisen reaktion, jolloin pehmytkipsin kerrokset laminoituvat ja sen myötä kipsi jää joustavaksi ja pehmeäksi. Veden lämpötilan tulee olla noin 20–25 astetta. Materiaali mahdollistaa uppo- tai jälkikastelun. (Kuisma ym. 2009, 11.)

Lasikuitukipsi on lasikuitukangasta. Materiaali aiheuttaa kemiallisen reaktion veden kanssa, jolloin lasikuitu kovettuu ja kerrokset laminoituvat toisiinsa kiinni. Kun kipsi kovettuu, on tuloksena kova ja joustamaton kipsisidos. Materiaali voidaan uppo- tai jälkikastella, riippuen materiaalivalmistajasta. Haasteita lasikuitukipsillä kipsaamiseen luos sen nopea kuivumisaika. Kipsi kovettuu noin 30–60 minuutissa riippuen veden lämpötilasta. Jos kipsaaja on kokematon, saattaa kipsirulla kovettua jo ennen kuin sen asettaa raajaan. (Kuisma ym. 2009, 11; Castrén, Aalto, Rantala, Sopanen & Westergård. 2009, 473.) Lasikuituista kipsiä ei käytetä tuoreissa vammoissa, sillä turvotus lisääntyisi ja verenkierto lihaksissa estyisi. Tämä kipsausmateriaali on jatkohoitona kalkkikipsille. (Sävelä 2013.)

Muovikipsi on polyesteripohjainen elastinen kipsiside, joka ei sisällä lasikuitua. Muovikipsin etuina on keveys ja kestävyys sekä se on joustavampaa kuin lasikuitu. Kipsatessa voidaan kierrosten lukumäärällä säädellä sitä, miten jäykkä kipsistä tulee. Materiaali reagoi veden kanssa, joka aiheuttaa kemiallisen reaktion ja sitä kautta kipsin kovettumisen. Muovikipsi kovettuu yleensä 30 minuutissa sekä riippuen veden lämpötilasta. Materiaali voidaan uppo- tai jälkikastella. (Kuisma ym. 2009, 12.)

Alussukka suojaa ihoa kipsin alla erottaen pehmusteet ja kipsimateriaali ihosta. Tavallisesti pehmytkipseissä sekä yhdistelmäkipseissä käytetään kaksinkertaista alussukkaa. Pehmusteet suojaavat kipsimateriaalin alle jäävää kehonosaa, jotta kipsihoito ei aiheuttaisi vaurioita. Useimmiten käytetään vanupehmustetta, mutta markkinoilla on myös vedenkestäviä pehmusteita ja niiden kanssa ei tarvitse käyttää alussukkaa. (Kuisma ym. 2009, 13.)

Yksi tärkeimmistä työvälineistä kipsauksessa on kipsisakset. Lisäksi kipsin halkaisussa käytetään kipsisahaa, kipsinlevittämiä, puukkoa ja erilaisia kipsirikkoja. (Kuisma ym.

2009, 14.) Kipsaamisessa tarvitaan vatia, joka suojataan muovilla. Siinä saadaan kasteltua kipsisidettä. On hyvä huomioida myös potilaan, kipsaajan ja ympäristön suojaus esimerkiksi muovilla, sillä kipsi on vaikeasti siivottavaa sekä kovettuneet kipsin muruset ovat potilaalle epämiellyttäviä. Kun kipsataan raajoja, tarvitaan erilaisia tukitelineitä. Suojattuja tyynyjä olisi myös hyvä olla raajan alla. (Lukkari ym. 2013, 210.)

5.4 Kipsaaminen

5.4.1 Lyhyt saapaskipsi

Lyhyen saapaskipsin käyttöalueita ovat nilkka-, sääri- ja jalkapöydän murtumat sekä leikatun nilkkamurtuman jälkeinen hoito. Jos kipsihoidolla on epätodennäköistä saada murtuneille luille hyvä asento, silloin päädytään leikkaushoitoon. Nilkkamurtumissa varsinainen hoito on konservatiivinen tai operatiivinen. Useissa nilkkamurtumissa kipsihoito on riittävä hoito. Se kestää noin 5-6 viikkoa. (Saarelma 2014a). Nilkkamurtuma kipsataan lyhyellä saapaskipsillä (Kuisma ym. 2009, 92).

Sääriluun murtumissa hoito on konservatiivinen tai operatiivinen. Aikuisilla päädytään helpommin operatiiviseen hoitoon. (Aro & Kettunen 2010, 535–536.) Hyväasentoiset säärimurtumat, joissa ei ole havaittavissa siirtymää, kiertovirhettä, virhekulmaa tai lyhenymää, on tällöin kipsihoito mahdollinen ja hyvä valinta (Tarnanen, Kyrö & Malmivaara 2011). Jos kyseessä on hyväasentoinen murtuma, tehdään lyhyt saapaskipsi. Kipsihoidon kesto on 6-8 viikkoa ja lääkäri määrää raajan painovaraukset. (Aro & Kettunen 2010, 535–536.)

Lyhyt saapaskipsi ulottuu varpaiden tyvestä polven alapuolelle ja näin ollen immobilisoi nilkan sekä jalkaterän (Mäenpää 2012b, 80). Varpaiden ja polven tulee päästä liikkumaan vapaasti. Pohjehermo täytyy jäädä vapaaksi, joten kipsiin tulee jäädä 2-3 sormenleveyttä pohjeluun alapuolelle. Pohjelihas tulee saada rennoksi kipsauksen aikana, sillä silloin nilkka saadaan helpommin 90 asteen kulmaan. On tärkeä huomioida kipsauksen aikana, ettei kehräsluuta ja kantapäätä ole pehmustettu liian paljon tai liian vähän. Jalkapöydän luita ei saa puristaa suppuun kipsatessa. (Kuisma ym. 2009, 92.)

Lyhyen saapaskipsin valmistukseen tarvitaan suojamuovia, tehdaspuhtaat käsineet, jalkatuki, puhdistuspyyhkeitä, kipsisakset, mittanauha, alussukkaa, pehmustevanua, vaahtomuovi-sidettä ja kovaa synteettistä kipsiä. Lisäksi tarvitaan muovilla suojattu vati, jossa on kädenlämpöistä vettä. Ennen kipsausta jalka tuetaan polvitaipeen yläpuolelta jalkatuen avulla. (Kuisma ym. 2009, 98–99). On tärkeää, ettei potilas itse joudu kannattelemaan jalkaa reisi- ja pakaralihasten avulla. Jalan tulisi olla mahdollisimman rentona. (Mäenpää 2012b, 81).

Aluksi jalka puhdistetaan puhdistuspyyhkeellä. Avustaja tukee nilkkaa 90 asteen kulmaan. Jalkaan asetetaan alussukka siten, että alussukka vedetään polven yläpuolelle kokonaan ja vedetään siitä alas kohti varpaita. Tällöin ihokarvat eivät jää painamaan kipsin alle väärään asentoon. Alussukkaan ei saa jäädä ryppyjä, jotta ne eivät paina kipsin alla. Kehräsluiden kohdalle leikataan pehmusteet pehmentämään. (Kuisma ym. 2009, 98–99; Mäenpää 2012b, 81; Norokorpi & Jäntti 2015.)

Pehmusteen sitominen aloitetaan säären yläosasta. Pehmuste sidotaan aina puolet edellisen kerroksen päälle. Pohkeen alaosaan pehmusteeseen leikataan lovi, jottei pehmuste jää rypylle ja paina kipsin alla, vaan on siististi taitoksella. Kantapää pehmustetaan siististi. Vaahtomuovisidos sidotaan napakasti pehmusteen päälle. Tämä pitää kipsin ja pehmusteen erossa toisistaan. Vaahtomuovisidokseen ei saa jäädä ryppyjä. Varsinainen kipsaus aloitetaan synteettisellä kovalla kipsillä säären yläosasta. Kipsisidosta sidotaan napakasti puolet edellisen kerroksen päälle kierresidontana. Alussukan reuna käännetään kipsisiteen päälle ja reuna peitetään kipsisiteellä. (Kuisma ym. 2009, 98–99; Norokorpi & Jäntti 2015.)

Kantapää on tärkeä sitoa siististi. Kun nilkkaa lähestytään kierresidontana, edetään ulkosyrjästä sisäsyryään. Kipsisidoksella siirrytään jalkapöydälle ja sidotaan pari kierrosta niin, että kantapää jää alussa paljaaksi. Näiden parin kierroksen jälkeen edetään etupuolelta jälleen nilkkaan. Tämän jälkeen peitetään kantapää ja sitten jatketaan kantapäästä alaspäin. On tärkeä huolehtia, ettei kipsidokseen jää ryppyjä. Kipsisidosta jatketaan varpaiden tyveä kohti. Alussukan reuna käännetään kipsin päälle varpaiden tyvestä. Loput rullasta sidotaan vielä niin, että kipsistä tulee tukeva. Kipsiä muotoillaan kädenlämpöisen veden sekä avoimen kämmenen avulla. Näin saadaan kipsiin jalkaa myötäilevä muoto. Huomioidaan, että potilas saa polven täydellisesti koukkuun. Kipsin tulee antaa kuivaa rauhassa. (Kuisma ym. 2009, 98–99; Norokorpi & Jäntti 2015.)

Lyhyt saapaskipsi halkaistaan, jos kyseessä on tuore vamma. Halkaisu täytyy tehdä sen takia, jotta jalalla on tilaa turvota. Kipsin ummistus tapahtuu noin 3-5 vuorokauden kuluessa. (Ahonen ym. 2012, 672.)



KUVA 1. Valmis lyhyt saapaskipsi

Potilas tarvitsee lyhyen saapaskipsin kanssa kyynärsauvat (kainalosauvat, jos käsivoimat ovat heikot). Joskus tilanteen vaatiessa potilas voi tarvita pyörätuolia. Kun potilaalla on varauslupa saapaskipsin kanssa, hänelle annetaan kipsikenkä, joka helpottaa kävelyä sekä suojaa kipsiä. (Kuisma ym. 2009, 24.)



KUVA 2. Kipsikenkä

5.4.2 Dorsaalinen rannelasta

Dorsaalisen eli kädenselänpuoleisen rannelastan käyttöalueita ovat hyväasentoiset ranteen murtumat. Myös ranteen tyypimurtumat ja huonoasentoiset ranteen murtumat, jotka ovat reponoitu, hoidetaan dorsaalisella rannelastalla. Jos murtuma hoidetaan konservatiivisesti, se reponoidaan puudutuksessa. Rannelastalla murtuma saadaan tuetettua ja kipsinhoidon kesto on 4-6 viikkoa. (Hammar 2011, 374.)

Kipsi ulottuu rystysistä kyynärtaipeeseen, varttinäluun puolella kämmenpuolelle saakka ja kyynärluun puolella keskiviivaan asti. Kyynärpään koukistaminen tulee olla mahdollista ja kaikki sormet jäävät vapaaksi. Peukalon kohdalle, kyynärtaivetta varten sekä rystyslinjaan leikataan kavennukset. Hyväasentoisessa murtumassa ranne asetetaan neutraaliin asentoon. (Kuisma ym. 2009, 38.) Varttinäluun murtuma kipsataan dorsaalisella rannelastalla lievään volaarifleksioon eli kämmenkoukistusasentoon ja ulnaarideviaatioon eli kyynärluun puoleiseen vinoon asentoon sekä lievään pronaation eli sisäkiertoon (Waris & Paavola 2012). Murtuman hyvä reponointi sekä huolellinen kipsin valmistus ehkäisevät rannemurtuman uudelleen sijoiltaan menemistä (Fernandez 2005).

Rannelastaa kipsatessa tarvitaan suojamuovia, tehdaspuhtaat käsineet, mittanauhan, kipsisakset, alussukkaa, pehmustevanua, synteettistä kipsilastaa, sideharsoa sekä muovilla suojattu vati, jossa on vettä. (Kuisma ym. 2009, 50–51; Norokorpi & Jäntti 2015.) Jos murtuma on reponoitu, pitää reponoija yllä ranteen oikeaa asentoa ja huolehtii asennon säilymisestä kipsaamisen ajan (Mäenpää 2012a, 74). Ranteen asennon tukemisessa voidaan käyttää apuna pehmusterullaa (Norokorpi & Jäntti 2015).

Tulevan kipsin oikea pituus mitataan rystyslinjasta lähelle kyynärtaivetta. Mittaamalla saadaan kipsistä oikean pituinen, eikä tule leikattua liian lyhyttä tai pitkää. Näin huomioidaan myös taloudellisuus. Aluksi puetaan alussukka potilaalle käteen niin, että vedetään se ensin kokonaan kyynärtaipeen yli ja siitä sormia kohden. Näin ihokarvat eivät jää huonoon asentoon kipsin alla. Alussukan tulee ulottua kyynärtaipeeseen ja siitä sormenpäihin. Alussukkaan leikataan peukalolle mentävä aukko. Kyynärluun päälle asetetaan pehmuste, jotta se suojaa luunpäättä lastan hankaumilta. (Kuisma ym. 2009, 50–51; Norokorpi & Jäntti 2015.)

Kipsilasta leikataan oikeanpituiseksi ja peukalon kohdalle leikataan kaareva sija. Kipsilasta voidaan kuivana sovittaa käden päälle. Kipsilastan alle asetetaan pehmustevanua käden suuntaisesti. Kipsilasta kastellaan kädenlämpöisessä vedessä ja asetellaan se oikealle paikalle käsivarrella. Kostea kipsilasta silotetaan avoimella kämmenellä käsivartta myötäillen. Alussukan päät käännetään kipsilastan päälle. Kipsilasta sidotaan löyhästi käteen sideharsolla. Sideharso on tärkeä sitoa siististi etusormen ja peukalon välistä niin, että sormet liikkuvat helposti ja pinsettiote onnistuu. (Kuisma ym. 2009, 50–51; Norokorpi & Jäntti 2015.)

Kun kipsi on kovettunut sen verran, ettei se anna periksi painellen ja on kova koputellessa, sidotaan kipsilasta vielä napakasti joustositeellä (Mäenpää 2012a, 74). Sitominen aloitetaan kierresidoksena kyynärtaipeen puolelta jatkaen kohti sormia, sitoen puolet aina edellisen kierroksen päälle. Sidosta laitetaan eniten kämmenen sekä ranteen alueelle tukemaan. Joustoside käännetään kaksin kerroin peukalon ja etusormen välistä, jonka jälkeen jatketaan joustositeen sitomista alaspäin käsivartta. Sidos viimeistellään siten, että varmistetaan etusormen ja peukalon pinsettiote sekä kyynärpään liikkuvuus. Samalla varmistetaan, ettei sormissa ole puutumisoireita. Ylimääräistä sidettä leikataan tarvittaessa pois. (Kuisma ym. 2009, 50–51; Mäenpää 2012a, 74; Norokorpi & Jäntti 2015.)



KUVA 3. Valmis dorsaalinen kipsilasta

5.4.3 Kulmakipsi

Kulmakipsin käyttöalueita ovat olkaluun nivelnastan-, kyynärlisäkkeen-, värttinäluun – ja kyynärluun murtumat sekä kyynärpään luksaatit. Kipsi ulottuu rystylinjasta olkavarren yläosaan eli kainalolinjaan. Sormet jäävät vapaaksi. Värttinäluun puolella kipsin tulee ulottua hieman kämmenpuolelle ja kyynärluun puolella keskiviivaan. (Kuisma ym. 2009, 54–55.)

Kyynärluunmurtuman hoito on operatiivinen. Kyynärluu tuetaan levykiinnityksellä, vaikka murtuma olisikin hyväasentoinen. (Aro & Kettunen 2010, 446.) Kuitenkin leikkaushoidon jälkeen hoitoa jatketaan kipsihoidolla eli kulmakipsin avulla sekä rannekaulasidoksella (Kuisma ym. 2009,54). Koska kyynärluu on putkiluu, sen luutumisaika on pitkä, noin 8-12 viikkoa (Aro & Kettunen 2010, 446).

Kipsatessa kulmakipsiä ranne käännetään neutraaliin asentoon ja kyynärpään tulee olla 90 asteen kulmassa. Käsi voidaan tukea aputasoa vasten. Potilas voi myös olla selinmaukuulla, jolloin kipsattava raaja on potilaan vatsan päällä. Kipsatun käden peukalo osoittaa ylöspäin ja kyynärvarsi on neutraalirotaatioissa. Käsi tuetaan rannekaulasidoksella. (Kuisma ym. 2009, 54.) Murtuma, joka ei ole pirstaleinen, pidetään kipsissä normaalisti 6-8 viikkoa. Pirstaleinen murtuma vaatii operatiivisen hoidon, korjauksen joko levyllä tai ydinnaulalla. (Vuorensola 2014.)

Kulmakipsiä kipsatessa tarvitaan suojamuovia, tehdaspuhtaat käsineet, kipsisakset, mittanauha, alus-sukkaa, pehmustevanua, synteettistä valmislastia, joustosidettä sekä muovilla suojatun vadin, jossa on kädenlämpöistä vettä. Alussa suojataan vaatetus sekä asetetaan käsivarsi varovasti 90 asteen kulmaan. Tässä vaiheessa mitataan myös käden pituus, jotta saadaan tarvittavista materiaaleista oikeanpituiset. Mittauksen jälkeen puetaan alussukka käteen ujuttaen se ensin kokonaan kainaloon ja sen jälkeen kohti sormen päitä, koska näin ihokarvat jäävät hyvin alussukan ja tulevan kipsin alle. (Kuisma ym. 2009, 58–59; Norokorpi & Jäntti 2015.)

Alussukan tulee ulottua olkapäistä sormiin saakka. Sukkaa tulee jäädä sekä olkapäähän, että sormen päihin ylimääräistä. Tässä vaiheessa leikataan myös peukalolle sopiva aukko. Ensimmäisen alussukan päälle puetaan myös toinenkin alussukka. Päällimmäiseen alussukkaan voidaan leikata olkapäänkohdalle lovi, jossa loven molemman päät solmitaan

niskan takaa, jottei päällimmäinen alussukka liu`u pois alimmaisen päältä. Myös päällimmäiseen alussukkaan leikataan peukalolle mentävä aukko. Tarkistetaan, että alussukka ulottuu kainaloon saakka. Kyynärtaipeeseen tulee tehdä siisti taitos, koska suuret rypyt painavat kipsin alla ja aiheuttavat ikäviä painaumuksia. (Kuisma ym. 2009, 58–59; Norokorpi & Jäntti 2015.)

Pehmustevanua mitataan tarvittava määrä ja asetellaan se siististi koko käden matkalta olkapäästä rystysiin. Kyynärpään alueella pehmusteen siisti asettelu on tärkeää, koska tällöin saadaan ehkäistyä ryppyjä. Kyynärpään kohdalle pehmusteeseen leikataan lovi, jotta pehmuste saadaan taiteltua siististi. Peukalolle leikataan kipsisaksilla sopiva tila niin, että peukalo jää kokonaan liikkuvaksi. Pyöristetään myös kipsin yläreunat. (Kuisma ym. 2009, 58–59; Norokorpi & Jäntti 2015.)

Kuivaa synteettistä kipsilastaa sovitetaan pehmusteen päälle siten, että lasta tulee 90 asteen kulmaan. Kyynärpään kohdalla kipsi tulee taittaa. Kipsilasta kastellaan kädenlämpöisessä vedessä kauttaaltaan. Tämän jälkeen se asetellaan pehmusteen päälle, samalla tavalla kuin sitä kuivana sovitettiin. Kun kipsilasta on paikoillaan, silotellaan se käsivartta myötäillen avoimella kämmenellä. Sideharsolla sidotaan kierresidontana kipsilasta löyhästi kiinni käsivarteen. Tässäkin vaiheessa on tärkeä varmistaa, ettei ryppyjä tule. Kyynärpään sitominen tulee tehdä huolella. Rystysten tulee jäädä vapaaksi ja peukalo täytyy jäädä näkyviin kokonaan. Ylimääräistä kipsiä tai pehmustevanua voi tässä vaiheessa leikata pois. (Kuisma ym. 2009, 58–59; Norokorpi & Jäntti 2015.)

Kun kipsilasta on löyhästi sideharsolla sidottu, käännetään alussukka kipsin ja sideharson päälle sekä rystysten, että olkapään alueella. Joustositeen sitominen aloitetaan olkapäästä kohti rystysiä napakasti kierresidontana. Kyynärpään kohdalla täytyy huomioida siteen sitominen siten, ettei ryppyjä jää ja sidos tulee siististi. Joustosidettä tulee olla reilusti olkavarren yläosassa, ranteessa sekä kämmenessä. Joustosidettä ei tule laittaa peukalon ympäri vaan se lopetetaan rystysiin. Kipsin viimeistely on tärkeää, koska näin varmistetaan, että olkapää ja sormet liikkuvat vapaasti. Valmiissa kipsissä tulee ranteen asento olla luonnollisesti hieman taivutettuna alaspäin. Kulmakipsin kanssa tulee käyttää rannekaulasidosta. Sen avulla saadaan tukipisteitä kyynärvarteen. (Kuisma ym. 2009, 24, 58–59; Norokorpi & Jäntti 2015.)



KUVA 4. Valmis kulmakipsi ja rannekaulasidos

6 POTILAAN OHJAUS JA HUOMIOINTI

6.1 Potilaan ohjaus

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä antamaan potilaalle tietoa hänen terveydentilastaan, mikä merkitys hoidolla on ja millaiset ovat hoidon vaikutukset. Potilaan on saatava tietoa myös muista asioista, jotka liittyvät hänen hoitoonsa esimerkiksi kotihoito-ohjeet.

Potilaan ohjaus käsite pitää sisällään muun muassa tiedon antamisen, informoinnin, neuvonnan, opetuksen sekä opastuksen. Laadukasta potilasohjausta toteuttaessa potilaslähtöisyys on kaiken ydin. Potilaslähtöisyydellä tarkoitetaan potilaan taustatekijöiden huomiointia, johon sisältyy muun muassa potilaan tarpeiden sekä omaisten huomiointi. (Kääriäinen 2007, 27–33.) Potilaslähtöistä ohjausta pidetään tärkeänä osana hoitotyötä nykypäivänä. Viimeisen vuosikymmenen aikana on tapahtunut myönteistä kehitystä hoitotyön ammattilaisten ohjaustaitojen kehityksessä. Kehitystä on havaittu myös potilasohjauksen sisällön laajenemisen osilta. (Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi 2014, 71.)

Elorannan, Leino-Kilven ja Katajiston (2015, 19) mukaan potilasohjauksessa lähtökohtana ovat potilaan yksilölliset tiedon tarpeet. Potilaan elämäntilanne huomioidaan ohjauksessa ja ohjattavat asiat kohdennetaan niiden vaatimalla tavalla. Potilasta pitää kuulla omassa asiassaan ja on tärkeä antaa hänen esittää kysymyksiä. Hyvällä potilasohjauksella vaikutetaan palvelujen käyttöön ja voidaan parantaa terveydenhuollon taloudellisuutta ja tehokkuutta. Potilaan ja terveydenhuoltohenkilöstön vuorovaikutuksessa luottamus rakentuu hiljalleen ja se vaatii aikaa. Pysyvät hoitosuhteet antavat sitoutumisen hoitamiseen ja tukevat potilaan kykyä sitoutua hoitoon. (Isotalo, Virolainen, Leino-Kilpi & Suhonen 2015.)

Potilaan epävarmuuden, avuttomuuden sekä turvattomuuden tunteet ovat huomioitava ohjauksessa. Tutkimusten mukaan tiedon saaminen ja rohkaisu auttavat motivoitumaan itsensä hoitamiseen. Ohjauksen tiedetään myös vähentävän pelkoa ja ahdistusta. Ohjauksessa on otettava huomioon myös esimerkiksi mahdollinen kriisivaihe tapaturmasta johtuen ja vastaanottokyky asian suhteen. Asiakaslähtöisyys ja hyvä

vuorovaikutus sekä sairaanhoitajan hyvä ammattitaito auttavat ohjaustilanteessa. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 10–11.)

6.2 Potilaan ohjaus ennen kipsausta ja kipsauksen aikana

Potilaan täytyy ymmärtää, miksi hänelle tehdään kipsi. Kun kipsausta ollaan aloittamassa, kerrotaan potilaalle miten murtumaa hoidetaan, millainen kipsi tehdään ja mitä materiaaleja käytetään. Erityisesti repositiota vaativissa murtumissa potilaalle tulee kertoa ymmärrettävästi, mihin kipsausasentoon raaja tulee ja mikä merkitys asennolla on paranemisen kannalta. (Kuisma ym. 2009, 32; Castrén ym. 2009, 476.)

Jos potilaalla on ahtaita vaatteita, jotka vaikeuttavat kipsausta, ne tulee vaihtaa väljempiin. Potilas ohjataan asentoon, jossa kipsi tehdään esimerkiksi makuuasento saapaskipsin teossa. Potilaan vaatetuksen suojauksesta on huolehdittava, sillä esimerkiksi kalkkikipsi on sotkevaa materiaalia. Kipsauksen vaiheet on myös hyvä käydä läpi ja kipsauksen aikana potilas pidetään ajan tasalla eri vaiheista. On tärkeä antaa hyvissä ajoin kipulääkettä sekä tarvittaessa puuduttaa murtuma-alue reponointia varten, ennen kuin kipsaus aloitetaan. Kipua tulee arvioida säännöllisesti myös kipsauksen aikana. (Kuisma ym. 2009, 32.)

6.3 Kotihoito-ohjeet

Ennen kuin potilas kotiutetaan, opetellaan kipsin kanssa kulkeminen ja toimiminen. Usein fysioterapeutti pitää huolen tästä, mutta on myös tilanteita, jolloin muun henkilökunnan on osattava ohjata potilasta: Esimerkiksi ilta tai yö aikaan sekä viikonloppuisin, jolloin fysioterapeutteja ei ole saatavilla. Kotihoito-ohjeet on annettava selkeästi sekä suullisesti että kirjallisesti ja on varmistettava, ovatko potilas ja omaiset ymmärtäneet ohjeet. (Kuisma ym. 2009, 32.)

Kotihoito-ohjeissa on kerrottava kipsatun raajan tarkkailemisesta, kipsin hoidosta, kipsatun raajan käyttämisestä, asento- ja nivelhoidosta sekä lihas- ja nivelharjoitusten tärkeydestä ja merkityksestä. (Kuisma ym. 2009, 32.) Kipsatun raajan tarkkailussa on tärkeä seurata ihon väriä, tuntoa, nivelten liikkuvuutta ja turvotusta. Kipsi tulee suojata pesujen ajaksi

ja saunominen sekä uiminen on kielletty. Kosteana kipsi pehmenee ja murtuu helpommin sekä kuumuus haurastuttaa sitä. Kipsin voi suojata pesujen ajaksi esimerkiksi pyyhkeellä ja sen päälle asetetaan muovipussi. Se tulee teipata huolellisesti kiinni ihoon, jotta veden pääsy muovipussin sisälle saadaan estettyä. Kipsin alla olevaa ihoa ei saa raapia ja sen alle ei saa laittaa mitään vierasesinettä. Näin vältetään ihorikkojen ja niiden myötä infektioiden syntyminen. (Holmia ym. 2008, 702–703; Ahonen ym. 2012, 672.)

Potilaalle ohjataan selkeästi, miten kipsattua raajaa saa käyttää ja kuinka paljon sille voi varata. Lääkäri ohjeistaa kipsatun raajan varausluvut. Ne vaihtelevat yksilöllisesti murtumatyyppin mukaisesti. (Holmia ym. 2008, 702–703; Ahonen ym. 2012, 672.) Potilasta tulee tiedottaa myös kipsin kovettumisajoista. Muovikipsi ja lasikuitukipsi kovettuvat noin 30 minuutissa, riippuen veden lämpötilasta. Kalkkikipsi vaatii pitemmän ajan kovettumiselle. Se kestää tavallisimmin noin kaksi vuorokautta, joskus jopa kolmekin. (Kuisma yms. 2009, 11; Castrén ym. 2009, 473.)

Kipsatun raajan turvotusta ja kipua voidaan vähentää asentohoidolla (Kuisma ym. 2009, 32). Kohoasento ehkäisee tehokkaasti turvotusta sekä säilyttää murtuma-aluetta tukevien lihasten ja nivelten toimivuutta (Holmia ym. 2008, 703). Lihas- ja nivelharjoituksilla saadaan edistettyä murtuman paranemista, vähennetään turvotusta, ylläpidetään verenkiertoa, ehkäistään lihasten surkastumista, osteoporoosia ja nivelten jäykistymistä. Lihasharjoituksia voidaan tehdä kipsin sisään jääville lihaksille. Harjoitteluun sisältyy vuoronperään lihasten jännittäminen ja rentouttaminen. (Kuisma ym. 2009, 32.)

Ohjeissa tulee myös ilmetä, milloin tulee ottaa yhteys hoitopaikkaan ja hoitopaikan yhteystiedot. Myös murtuman kontrolliajat ja –paikat, esimerkiksi jälkitarkastusaika ja röntgenkuvaus tulee lukea ohjeissa. Taulukossa 1 on tilanteita, jolloin on otettava yhteyttä hoitopaikkaan. (Kuisma ym. 2009, 32.)

TAULUKKO 1. Tilanteet, jotka vaativat yhteydenoton hoitopaikkaan

Kipsi on murtunut
Kipsi on luisunut pois paikoiltaan
Kipsi kiristää, painaa tai tuntuu löysältä
Kipsi haisee
Kuumeen nouseminen
Iho on mennyt rikki
Kipu kipsatussa raajassa
Turvotus kipsatussa raajassa
Häiritsevä kutina kipsatussa raajassa
Varpaissa ja sormissa tunnottomuus, sinerrys tai turpoaminen

7 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ

7.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö

Tuotokseen painottuva opinnäytetyö on yksi vaihtoehto eri opinnäytetyömenetelmistä, joka tavoittelee muun muassa käytännön toiminnan opastusta ja ohjeistusta. Tuotokseen painottuvassa opinnäytetyössä käytännön toteutus ja sen raportointi yhdistyvät. Tyypillisesti tuotokseen painottuva opinnäytetyö tuottaa käytäntöön ohjeita ja erilaisia oppaita esimerkiksi perehdytysopas. Toteutustavat vaihtelevat kohderyhmien mukaan, niitä ovat esimerkiksi kirjat, oppaat, vihkot, kansiot ja CD:t. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 9.)

Tuotokseen painottuvan opinnäytetyön tarkoitus on parantaa ammattitaitoa, poistaa ongelmia, joita on havaittu käytännössä ja käynnistää uusi työväline tai toiminta. Tuotokseen painottuvassa opinnäytetyössä työn olennaisena osana on tuotos. Raportointi ja siitä ilmenevä tutkimuksellisuus on vain osa työprosessin dokumentointia. Näiden yhteinen kokonaisuus tulee sopia yhteen sekä olla tasapainossa. (Mattila, Ruusunen & Uola 2006, 92.) Vaikka tuotokseen painottuvassa opinnäytetyössä ei toteutettaisi selvitystä, täytyy sen tekemisessä ilmetä tutkiva asenne (Vilkkä & Airaksinen 2004, 154).

Kaikki toiminnalliset opinnäytetyöt sisältävät yhteisen piirteen, riippumatta siitä, onko kyse oppaan tekemisestä tai tapahtuman järjestämisestä. Viestinnällisin ja visuaalisin keinoin luodaan kokonaisilme, joiden myötä tunnistetaan tavoitellut päämäärät. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 51.)

7.2 Tuotoksen kuvaus

Oppaan tarkoituksena on auttaa lukijaa tietämään, tekemään ja oppimaan uutta. Opasta tehdessä lähdetään kohderyhmän tarpeista. Täytyy tietää, mitä kohderyhmä oppaalta haluaa ja mitä he tietävät ennestään. Kohderyhmän täytyy saada oppaasta hyötyä ja oppia. Hyvässä oppaassa materiaali tulee olla luotettavaa, jotta lukija voi luottaa kirjoittajaan. (Rentola 2006, 92–94.)

Teksti ja kuvat täydentävät toisiansa. Näin ollen hyvä opas voi perustua pelkkiin kuviin, joita tekstit avaavat ja havainnollistavat. Kuvien käyttö tulee olla perusteltua, ne eivät ole koskaan tekstin koriste, vaan niillä tulee olla merkitys oppaassa. Oppaassa ei tule käyttää monimutkaisia elementtejä. Tekstin ulkomuodon tärkein tehtävä on olla selkeä ja helposti ymmärrettävä. (Rentola 2006, 101–102.) Toteutustapaa valittaessa tulee miettiä oppaan muotoa, jotta se palvelee kohderyhmää parhaiten. Oppaassa tulee ilmetä yksilöllisyys ja persoonallisuus sekä houkuttelevuus. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 51–53.)

Tekemämme tuotos on suunnattu uusille työntekijöille, jotka tarvitsevat perehdytystä kipsaukseen. Se toimii myös uusien hoitajien tukena työelämässä. Tuotoksemme on kuvallinen opas, jossa käsitellään vaihe vaiheelta kunkin kipsin tekeminen. Oppaassa käydään läpi lyhyt saapaskipsi, dorsaalinen rannelasta ja kulmakipsi. Edellä mainittujen lisäksi käsitellään potilaan ohjausta sekä kivunhoitoa. Oppaassa esitellään myös apuvälineitä, joita kipsien kanssa käytetään sekä kipsinpoistovälineet. Tuotoksen sisältö on muodostunut työelämän toiveista ja tarpeista.

Kuvat, joita olemme käyttäneet, on otettu työelämäyhteyden kanssa yhteistyössä. Jokaisella kuvalla on kuvateksti, joka kertoo mitä kuvassa tapahtuu ja mitä siinä vaiheessa tulee huomioida. Olemme valinneet oppaaseen selkeimmät ja havainnollistavat kuvat. Ulkoasun saimme suunnitella aika pitkälti itse, mutta olemme noudattaneet siinä kuitenkin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin graafista ohjeistusta. Oppaan ulkoasu on pelkistetty ja selkeä, kuten PSHP toivoo ohjeistuksessa. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013.) Oppaassa on 31 A4 kokoista sivua sekä muovikannet. Opas tulee paperisena versiona. Toimitamme myös oppaan muistitikulla työelämäyhteydelle, jotta he voivat viedä sen omalle intranet sivustolle.

Kansilehdessä käytettyjen ylä- ja alapalkkien väri on säädetty Pshp:n ohjeistuksen mukaisesti (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013). Oppaan otsikko on sama kuin opinnäytetyömme nimi. Oppaassa on käytetty ohjeistuksen mukaisia logoja. Kansilehti on selkeä ja pelkistetty. Kansilehdessä on käytetty Microsoft Office Word 2013 -ohjelman omaa kansilehtipohjaa.

Tekstin fontti on Arial ja fonttikoko 12, kansilehdessä 46. Näihin päädyimme niiden selkeyden vuoksi sekä noudatimme graafista ohjeistusta. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

2013.) Oppaassa on käytetty teksteissä käskymuotoa, jonka käytöstä sovimme yhdessä työelämän kanssa.

7.3 Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyöprosessi alkoi syksyllä 2014, jolloin oli info opinnäytetyöstä sekä aihevalinnat. Olimme heti kiinnostuneita tästä kyseistä aiheesta, joka oli tullut työelämätaholta ja saimmekin aiheen itsellemme. Ideaseminaari pidettiin lokakuussa, jota ennen olimme hahmotelleet ja ideoineet tulevaa opinnäytetyötämme.

Työelämäpalaveri saatiin sovittua marraskuun lopulle 2014, jossa saimme yhdessä käytyä läpi, millaisen tuotoksen he meiltä haluavat. Aluksi keskustelimme, että teemme oppaan lisäksi myös videon. Lopulta päädyimme yhdessä ohjaavan opettajan kanssa, että sekä oppaan että videon tekeminen tulisi olemaan liian työläs opinnäytetyöksi. Olimme siis uudestaan yhteydessä työelämään ja kysyimme, haluaisivatko he videon vai oppaan. Yhteisymmärryksessä päädyttiin pelkkään kuvalliseen ja selkeään oppaaseen.

Suunnitelman kirjoittaminen alkoi työelämäpalaverin jälkeen ja suunnitelmaseminaari pidettiin joulukuussa 2014. Hioimme suunnitelmaa vielä alkuvuonna 2015 ja saimme lähetettyä lupahakemuksen. Luvan saamisen jälkeen maaliskuussa aloimme tekemään opinnäytetyön teoriaosaa. Tiedonhakua teimme aktiivisesti koko alkuvuoden ja kevään. Aloimme suunnitella myös kipsausoppaan visuaalista ilmettä. Ohjausta hyödynsimme kerran kevään aikana ja tarkoituksena oli, että sovimme koulun alettua syksyllä mahdollisimman pian ohjausajan.

Saimme sovittua työelämäyhteyden kanssa, milloin voisimme toteuttaa valokuvien ottamisen oppaaseen eri kipsausvaiheista. Tämä tapahtui toukokuun 2015 alussa. Samalla saimme heiltä tietoa kipsauksesta, jota olemme käyttäneet lähteenä opinnäytetyössämme. Käsikirjoitusseminaari pidettiin myös toukokuussa 2015, jossa esittelimme siihen mennessä tehtyä opinnäytetyötä. Saimme rakentavaa palautetta ja korjausehdotuksia, joita toteutimme heti seminaarin jälkeen.

Kesäloman aikana saimme etsittyä lisää lähteitä ja muokkasimme teoriaosaa. Oppaassa pääsimme sen verran eteenpäin, että kaikki kuvamateriaali oli valittu sekä teksti kirjoitettu suurimmaksi osaksi. Opinnäytetyön tekemisen koimme kesällä hiukan hankalaksi, koska olimme kesän eri paikkakunnilla eikä meillä ollut mahdollisuutta nähdä kertaakaan koko kesänä. Heinäkuussa pidimme taukoa kirjoittamisesta.

Elokuun alussa 2015 jatkoimme opinnäytetyön teoriaosuuden monipuolistamista ja oikeakielisyyden tarkistamista. Opas muodostui hiljalleen kuvien asettelun ja kipsausohjeiden myötä. Alkusyksystä olimme työelämän kanssa yhteydessä sähköpostitse erinäisissä asioissa ja lähetimme keskeneräisen opinnäytteemme heille luettavaksi. Palautteen saaminen jäi silloin niukaksi. Palautteen myötä muokkasimme opasta sen mukaisesti.

Elokuun lopulla kävimme opinnäytetyötä ohjaavan opettajan luona ohjauskäynnillä. Siellä kävimme läpi, millaisessa vaiheessa olemme opinnäytetyön suhteen ja mitä on vielä työn alla. Opinnäytetyön raportti ja opas alkoi olla hyvässä vaiheessa ja saimme ohjeistukseksi pieniä tarkennuksia ja monipuolistaa lähteitä tutkimuksien avulla. Syksyllä 2015 olemme pysyneet suunnitellussa aikataulussa ja opinnäytetyö saadaan palautettua ajoissa. Opinnäytetyö esitetään esitysseminaarissa marraskuussa 2015.

8 POHDINTA

8.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Kun tieteellinen tutkimus on tehty hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaisesti, voidaan tutkimusta silloin pitää eettisesti hyväksyttävänä, luotettavana sekä uskottavana. Tutkimuseettinen neuvottelukunta on asettanut ohjeistuksen näistä hyvistä käytännöistä. Tutkimusta tehdessä on toimittava eri työvaiheissa rehellisesti ja huolellisesti sekä noudattaen tarkkuutta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

”Etiikka on ihmisen moraalista käyttäytymistä ja sen perusteita koskevaa tutkimusta” (Mäkinen 2006, 11). Kysymykset hyvästä ja pahasta sekä oikeasta ja väärästä ovat eettisiä peruskysymyksiä (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2007, 23). ”Tieteen etiikka merkitsee toisaalta vapautta, mutta toisaalta velvollisuutta tuottaa tietoa tiettyä tarkoitusta varten, toisin sanoen palvelemaan yhteiskuntaa. Se tarkoittaa myös vastuuta siitä, että tieteellinen tutkimus palvelee laajasti potilasta sekä terveyttä ja hoitotyötä.” (Eriksson, Isola & Kynäs 2012, 28.)

Eettisiä kysymyksiä ei juuri ilmene opinnäytetyössämme. Kuvat, jotka esiintyvät oppaassamme on otettu sairaalan tiloissa, mutta niissä ei esiinny potilaita. Koska opinnäytetyömme on tuotokseen painottuva, se ei silloin sisällä henkilökuntaan tai potilaisiin kohdistuvia haastatteluja. Näin ollen eettistä pohdintaa ei tarvitse tehdä niiden tiimoilta.

Jotta lähdeaineistoa voidaan pitää luotettavana, tarvitaan taitoa valita lähteitä harkiten ja muistaa kriittinen suhtautuminen niihin. Lähteiden laatuun tulee myös kiinnittää erityistä huomioita. Ensisijaisia lähteitä eli alkuperäisiä julkaisuja tulisi suosia. Toissijaisia lähteitä ovat esimerkiksi oppikirjat, käsikirjat ja opinnäytetyö, joten niitä tulisi pyrkiä välttämään. Näissä on useimmiten käytetty ensisijaisia lähteitä, jolloin se lisää mahdollisuutta tiedon muuntumiseen. Lähteiden soveltuvuus aiheeseen sekä niiden laatu ovat tärkeämpiä tekijöitä toiminnallisessa opinnäytetyössä kuin lähteiden määrä. (Vilka & Airaksinen 2004, 72–76.) Opinnäytetyöhön valitut lähteet toimivat laatumittarina. Monet lukijat saattavat tutkia ensitöikseen opinnäytetyön lähdeluettelon ja sen perusteella arvioida työn luotettavuutta. (Kauranen, Mustakallio & Palmgren 2006, 67.)

Yleisien eettisten ohjeiden mukaan tutkimus- ja kehittämistöiden, tässä tapauksessa opinnäytetyön lähtökohtana toimii plagiointin eli tieteellisen varkauden välttäminen. Plagiointilla tarkoitetaan tekstin esittämistä omanaan ilman viitteitä, joka on toisen tekijän teksti. (Hakala 2004, 139). Opinnäytetyömme palautuksen yhteydessä laitamme työmme Urkundiin, joka on plagiaatintunnistusjärjestelmä. Se on tekstin vertailuohjelma, joka pystyy tunnistamaan mahdollisen plagiointin. (Oulun yliopisto 2015.)

Oli vaikeuksia löytää sellaisia lähteitä, joissa kerrotaan, miten eri kipsien kipsaaminen tapahtuu. Tämän vaikeuden vuoksi olemme joutuneet käyttämään oppikirjoja, jotka eivät ole ensisijaisesti paras lähde, koska ne ovat toissijaisia lähteitä. Tämä vaikuttaa luotettavuuteen heikentävästi. Kuitenkin muista opinnäytetyössä käsiteltävistä aiheista on löytynyt hyvin tietoa. Olemme pyrkineet etsimään mahdollisimman tuoretta tietoa. Alarajana meillä on ollut noin 10 vuotta vanhat lähteet. Jos olemme hyödyntäneet sitä vanhempia lähteitä, olemme arvioineet ja ottaneet selvää, onko tieto muuttunut siitä merkittävästi ja löytyykö samaa asiaa muissa uudemmissa lähteissä.

Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttaa se, ettei meillä ole kokemusta aikaisemmin näin laajasta kirjallisesta työstä. Toisaalta luotettavuutta lisäävänä tekijänä voidaan pitää molempien tekijöiden toisen asteen opintojen aikana tehtyjä opinnäytetöitä. Olemme työskennelleet suurimman osan ajasta yhdessä, joka on auttanut meitä pohtimaan kattavammin opinnäytetyöhön liittyviä asioita ja helpottanut kirjoittamista.

Yhteistyö työelämän kanssa ja tiedonanto lisää luotettavuutta, koska sen myötä olemme saaneet tietoa hyväksi havaituista tavoista ja käytännöistä. Kuitenkin pientä ristiriitaa ja luotettavuuteen vaikuttavaa aiheutti kirjallisuuden ja työelämän tiedonannon eroavaisuus. Tämä tuli ainoastaan ilmi lyhyen saapas-kipsin kohdalla. Kirjallisuuden mukaan kipsaaminen aloitetaan aina varpaiden tyvestä kun taas työelämän tiedonannossa kävi ilmi, että he aloittavat kipsauksen säären yläosasta. Tiedot ovat siis toisistaan eriävät työelämäyhteyden ja kirjallisuuden välillä. Olemme käsitelleet opinnäytetyössämme lyhyen saapas-kipsin niin, että kipsaus aloitetaan säären yläosasta. Koska opas tulee työelämän käyttöön, teemme sen heidän käytäntönsä ja toiveidensa mukaisesti.

8.2 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Olemme tyytyväisiä tekemäämme opinnäytetyöhön. Meillä on kattava paketti kipsauksesta uusille työntekijöille. Tässä työssämme olemme pyrkineet täyttämään omat sekä työelämäyhteistemme toiveet niin hyvin, kuin mahdollista. Opinnäytetyön tarkoitus täyttyy ja olemme onnistuneet luomaan sellaisen kipsausoppaan kuvineen ja teksteineen, kuin toivoimme. Prosessi on ollut pitkä, työläs ja välillä uuvuttava, mutta todella antoisa.

Tavoitteenamme oli syventää omaa tietämystä kipsauksesta ja se kyllä toteutui. Työ kehitti meidän ammattitaitoamme ja opas auttaa meitä varmasti tulevassa työelämässämme. Opinnäytetyömme tehtävät ovat pysyneet alusta alkaen kutakuinkin samanlaisina, ainoastaan olemme tarkentaneet ja rajanneet niitä hieman. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää millaisia välineitä ja materiaaleja tarvitaan kipsaamiseen, miten kipsataan yleisimmät kipsit ja kuinka sairaanhoitaja ohjaa potilasta. Kaikki edellä mainitut tehtävät ovat saaneet vastauksen kattavasti teoreettisten lähtökohtien kautta.

Opinnäytetyössä käyvät ilmi välineet ja materiaalit, joita käytetään kipsauksessa. Opinnäytetyössä on käsitelty kolme erilaista kipsiä sekä oppaassa kuvien ja tekstien avulla. Olemme käsitelleet myös potilaan ohjausta ennen kipsausta, kipsauksen aikana ja sen jälkeen sairaanhoitajan näkökulmasta. Opinnäytetyön nimi on pysynyt alusta saakka samana. Se on mielestämme lyhyt ja ytimekäs sekä kattaa työssä käsiteltävät aiheet.

Jos mietimme, mitä tekisimme toisin opinnäytetyömme suhteen, niin kiinnittäisimme enemmän huomiota aikatauluun. Kesälle jäi sellaista tehtävää, jonka olisi mahdollisesti voinut tehdä jo kevään aikana. Lähteitä olisimme myös voineet käyttää monipuolisemmin. Oppaaseen olemme tyytyväisiä ja sitä oli mielekästä tehdä. Näin myöhemmin ajateltuna, muutamia tarkentavia kuvia olisi vielä voinut ottaa, mutta aika oli rajallinen kuvaushetkellä. Microsoft Office Word -ohjelmalla oppaan teko oli erittäin haastavaa. Jälkikäteen pohdittuna olisi voinut hyödyntää jotain muuta käsittelyohjelmaa koko oppaan ulkoasuun. Varsinaisissa tekstikappaleissa oppaassa eli reponoinnissa, kivunhoidossa, potilaan ohjauksessa ja kotihoito-ohjeissa olemme käsitelleet sellaista teoretietoa, joka palvelee käytännönläheisesti kipsaustilanteita.

Toivomme, että kipsausopas tulee työelämässä aktiivisesti mukaan uuden työntekijän perehdyttämiseen. Opinnäytetyö ja opas antavat kattavan paketin uudelle työntekijälle kipsauksesta. Sitä voi hyödyntää itseopiskelumateriaalina ja perehdyttäjän kanssa kipsauksen aikana. Materiaalit ja välineet on kuvattu heti alussa, jolloin ne pystyvät helposti keräämään. Lisäksi kipsauksen vaiheet on käyty selkeästi ja yksityiskohtaisesti läpi.

Kehittämisehdotuksena jatkoa ajatellen olisi tehdä videomateriaali kipsausoppaan tueksi perehdyttämiseen. Alkujaan meillä oli tarkoituksena tehdä myös videomateriaalia oppaan lisäksi, mutta ajatuksesta luovuttiin, koska opinnäytetyöstä olisi tullut muutoin liian laaja. Yhteisymmärryksessä sovimme työelämän kanssa, että teemme kuvallisen ja selkeän oppaan. Lisäksi olisi hyvä selvittää, miten kipsausopasta hyödynnetään perehdytyksessä. Siinä voisi käsitellä, kuinka hyödyllinen opas on ja kuinka paljon sitä käytetään perehdytyksen tukena.

LÄHTEET

- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M. & Ekola, S. 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Samoma Pro Oy.
- Aro, H. & Kettunen, J. 2010. Luunmurtumat. Teoksessa Kröger, H. Aro, H. & Böstman, O. (toim.): Traumatologia, 214–229. Kandidaattikustannus, Helsinki.
- Atkinson, K., Coutts, F. & Hassenkamp. 2005. Physiotherapy in orthopaedics. London. Elsevier Limited.
- Beckenkamp, P. R., Lin, C. C., Herbert, R. D. 2011. Exact: Exercise or Advice After Ankle Fracture. Design of a Randomised Controlled Trial. Luettu 23.8.2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3146908/pdf/1471-2474-12-148.pdf>
- Castrén, M., Aalto S., Rantala, E., Sopenan, P. & Westergård, A. 2009. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.
- Castrén, M., Korte, H. & Myllyrinne, K. 2012. Tuki- ja liikuntaelinten vammat. Ensiapuopas. Terveyskirjasto. Luettu 3.8.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00008#s1
- Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2014. Toteutuuko potilaslähteinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? Hoitotiede 1/2014.
- Eloranta, S., Leino-Kilpi, H. & Katajisto, J. 2015. Potilasohjaus ortopedisten potilaiden, läheisten ja hoitajien arvioimana. Tutkiva hoitotyö 1/2015.
- Eriksson, K. Isola, A. & Kyngäs, H. 2012. Hoitotiede. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Fernandez, D. 2005. Closed Manipulation and Casting of Distal Radius Fractures. Hand Clinics 9/2005. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749071205000259>
- Flinkkilä, T., Sirniö, K. & Hippinen, M. 2010. Distaalisen varttinäluun murtumien epidemiologia ja vuodenaikavaihtelu Oulussa. Suomen Ortopedia ja Traumatologia. Luettu 23.8.2015. http://www.soy.fi/files/sot_2_2010_23.pdf
- Hammar, A-M. 2011. Kirurgian perusteet. Helsinki. WSOY.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hirvensalo, E., Böstman, O. & Harilainen, A. 2010. Alaraajan vammat. Teoksessa Kröger, H. Aro, H. & Böstman, O. (toim.): Traumatologia, 537. Kandidaattikustannus, Helsinki.
- Holmia, S. Murtonen, I. & Myllymäki, H. 2008. Sisätautiin, kirurgisten sairauksien ja syöpätautiin hoitotyö. Helsinki. WSOY.

Isotalo, A. Virolainen, P. Leino-Kilpi, H. & Suhonen, R. Potilaan valinnanvapautta on tuettava. *Lääkärilehti*. 10/2015. Luettu 25.8.2015. <http://www.fimnet.fi.elib.tamk.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000042566>

Kalso, E. & Haanpää, M. 2009. *Kipu*. Helsinki. Duodecim.

Kauranen, I., Mustakallio, M. & Palmgren, V. 2006. Tutkimusraportin kirjoittamisen opas - opinnäytetyön tekijöille. Espoo. Teknillinen korkeakoulu.

Kuisma, J., Heikkilä, J. & Kassara, H. 2009. *Kipsihoidon perusteet*. Helsinki. Duodecim.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja. Luettu 23.2.2015. <http://herkules oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet- käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Kehittämishankkeen loppuraportti. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Luettu 23.3.2015. https://www.ppshep.fi/instance/data/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf

Lukkari, L. Kinnunen, T. & Korte, R. 2013. *Perioperatiivinen hoitotyö*. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Mattila, H., Ruusunen, T. & Uola, K. 2006. *Viestinnän työkaluja AMK- opiskelijalle*. Helsinki. WSOY.

Mustajoki, M., Alila, A. & Matilainen, E. 2013. *Sairaanhoitajan käsikirja*. Helsinki. Duodecim.

Mäenpää, H. 2012a. Värttinäluun tyyppimurtuman repositio ja kipsaus dorsaalilla kipsilastalla. Teoksessa Haapasalo, H., Havulinna, J. & Hellevuo, C. (toim.) *Kirurgiset pientoimenpiteet*, 71–74. 8. uudistettu painos. Tampere: Tampereen Lääketieteen Kandidaattiseura ry.

Mäenpää, H. 2012b. Kipsisaappaan teko. Teoksessa Haapasalo, H., Havulinna, J. & Hellevuo, C. (toim.) *Kirurgiset pientoimenpiteet*, 80–83. 8. uudistettu painos. Tampere: Tampereen Lääketieteen Kandidaattiseura ry.

Mäkinen, O. 2006. *Tutkimusetiikan ABC*. Helsinki. Tammi.

Norokorpi, J. & Jäntti, J. Sairaanhoitaja & lähihoitaja. 2015. Tiedonanto 5.2015. Haastattelijat Mikkilä, J. & Mäki, J. Valkeakoski.

Oulun yliopisto. 2015. Mikä on Urkund? Luettu 11.10.2015. <http://www oulu.fi/urkund/node/10956>

Pakarinen, H., Laine H-J. & Ristiniemi, J. 2012. Milloin nilkkamurtuman voi hoitaa

ilman leikkausta? Duodecim. Luettu 19.8.2015. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo10477.pdf>

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2013. Graafinen ohjeisto.

Rentola, M. 2006. Hyvä opas. Teoksessa Jussila, R., Ojanen, E. & Tuominen, T. (toim.). Tieto kirjaksi. Helsinki: Kansanvalistusseura, 92–94.

Roberts, P. Alhava, E. Höckerstedt. K & Leppäniemi, A. 2009. Kirurgia. Porvoo. Duodecim.

Saarelma, O. 2014a. Alaraajan murtumat. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Luettu 1.8.2015.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00193

Saarelma, O. 2014b. Yläraajan vammat. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Luettu 30.9.2015.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00349&p_teos=dlk&p_osio=100&p_selaus

Sävelä, M. 2013. Alaraajan murtumien hoito kipsaamisella. Lääkäriin käsikirja. Terveysportti. Luettu 24.8.2015. <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti>

Tarnanen, K., Kyrö, A., & Malmivaara, A. 2011. Säärimurtumat. Käypä hoito. Duodecim. Luettu 20.8.2015.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=1F193D54D835C6D90E3572F7675E23A5?id=khp00045>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkauserpäilyjen käsitteleminen Suomessa. Luettu 1.9.2015. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut

Vainio, A. 2009. Kivunhallinta: Voiko kipua mitata? Terveyskirjasto. Luettu 3.5.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00025

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Vuorensola, R. 2014. Yläraajan murtumien hoito. Sairaanhoitajan käsikirja. Terveysportti. Luettu: 25.8.2015. http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk01855&p_haku=kulmakipsi

Waris, E & Paavola M. Värttinäluun distaalisten murtumien nykyhoito. Duodecim. [Artikkeli]. 04/2012. Luettu: 3.5.2015. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/kokoelmat;jsessionid=1AD612FDD75D83588E9D67FCF743760E?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusinumero&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo10091

LIITTEET

Liite 1. Kipsausopas uudelle työntekijälle

Liitettä ei julkaista Theseus- verkkokirjastossa.