



# TUKEVASTI

Tukisidoshoidon toteutuksen ohjeistus

Sanna Laine  
Opinnäytetyö, kevät 2016  
Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja (AMK)



## TIIVISTELMÄ

Sanna Laine. Tukevasti - tukisidoshoidon toteutuksen ohjeistus, Helsinki, kevät 2016, 43 s., 2 liitettä.

Diakonia ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoidaja (AMK).

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa selkeä tukisidoshoidon potilasohje sekä kirjallista materiaalia tukisidoshoidosta ammattilaisten käyttöön. Tavoitteena oli myös parantaa potilaiden hoitoon sitoutumista ja edistää näyttöön perustuvan hoitotyön toteutumista potilasohjauksessa. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Iho- ja allergiasairauksien hoitohenkilökunnan kanssa, heidän asiantuntijuuttaan hyväksi käyttäen.

Lähdeaineistona käytettiin hoito- ja lääketieteen julkaisuja, artikkeleita, käypähoito suosituksia sekä tutkimuksia. Aineistoa kerättiin sekä kirjoista että hyvin harkituista Internet lähteistä. Työhön valikoitiin suomenkielisen aineiston rinnalle myös useampia englanninkielisiä tutkimuksia. Työ tehtiin kvalitatiivisen tutkimuksen hyvien käytäntöjen mukaisesti ja se on menetelmältään produktio. Aineistoa kerättiin useista eri julkaisuista, jonka jälkeen aineisto ryhmiteltiin sekä analysoitiin induktiivista päättelyä apuna käyttäen.

Työn tuloksena syntyi kaksi potilasohjetta, joista toinen kirjoitettiin selkokielellä. Opinnäytetyössä ei tutkittu potilasohjeiden toimivuutta käytännössä ja sitä edistävätkö tuotetut ohjeet potilaiden hoitoon sitoutumista. Teoriaosuudessa on käsitelty lyhyesti muutamia yleisiä turvotuksen syitä, turvotuksen lääkkeettömiä hoitokeinoja, sekä potilasohjausta kirjallisen materiaalin avulla. Tuloksena saatiin tiivis tietopaketti, jonka tieto on yleistettävissä moniin eri toimintaympäristöihin. Työn arvioinnissa luotettiin yhteistyötahon ammattilaisten arvioon ohjeiden laadusta ja työn asiasisällöstä. Työn asiasisällöstä saatu palaute oli hyvää.

Asiasanat: Hoitotyö, Kompresiosidos, Haavanhoito, Turvotus, Potilasohjaus, Hoitoon sitoutuminen

## ABSTRACT

Sanna Laine. Guide sheet for usage of compression bandage for patients, 43 p + 2 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2016. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing.

Aim of this study was to investigate compression bandage use in treatment of lower limb oedema and produce guidelines for patients who use compression bandage therapy. Ensuring correct usage of the bandages and improving patient and professional willingness to the compression therapy was also wanted. This study was made in co-operation with professionals of skin and allergic diseases.

Guidelines were based on a theoretical framework. The material of this study was gathered from different medical and nursing related studies, books and internet materials. Several international studies of related topics were used. After relevant amount of information was gathered, materials were labeled and analyzed by qualitative study principles which includes inductive reasoning. Materials were also labeled by their content to help analyzing.

As a result there were produced two different guidelines, one written in plain language. Both guidelines were evaluated and approved by professionals from the polyclinic of skin and allergic diseases. However studies of how guidelines worked in the field and how much they really improved patient willingness were not made. Feedback given from guidelines was positive and nurses from the polyclinic found the guidelines useful. As a result we got two informative rich guidelines which will be suited for all patients and nurses who give patients guidance of bandage therapy. Produced guidelines can be used in many different environments and with many different kinds of patients.

Keywords: Nursing care, Compression Bandages, Wound Healing, Venous edema, Patient counselling

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	5
2 TYÖN TEORIA JA KÄSITTEET .....	7
3 ALARAAJATURVOTUS .....	10
3.1 Alaraajaturvotuksen syitä .....	10
3.1.1 Laskimotukokset .....	11
3.1.2 Laskimoiden vajaatoiminta .....	12
3.1.3 Sydämen vajaatoiminta .....	13
3.1.4 Idiopaattinen alaraajaturvotus .....	14
3.1.5 Lymfaturvotus.....	14
3.1.6 Turvotusta aiheuttavat lääkkeet.....	15
3.2 Alaraajaturvotus ja alaraajahaavat .....	16
4 TURVOTUKSEN LÄÄKKEETTÖMÄN HOIDON PERIAATTEET .....	18
4.1 Kompressiohoidot.....	18
4.1.1 Tukisidoksen valinta .....	19
4.1.2 Tukisidoksen sidonta.....	24
4.2 Liikunta ja asentohoito.....	27
5 POTILAAN OHJAAMINEN KIRJALLISEN MATERIAALIN AVULLA.....	28
6 MENETELMÄT .....	31
6.1 Aineistonkeruu menetelmät.....	31
6.2 Analysointimenetelmät .....	32
7 TYÖN TULOKSET .....	34
7.1 Luotettavuuden arviointi .....	35
8 POHDINTA .....	37
LÄHTEET .....	40
LIITE 1: Potilasohje.....	44
LIITE 2: Potilasohje selkokielellä.....	46

## 1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa alaraajojen tukisidoshoidon opas lho- ja allergiapoliklinikan käyttöön. Idea opinnäytetyöhöni syntyi yhdessä poliklinikan hoitohenkilökunnan kanssa huomattuani polikliinisesti toteutettavan työn tuomat haasteet potilaiden kohtaamisessa ja ohjaamisessa. Lisäksi toivon opinnäytetyön teorian toimivan tietolähteenä eri erikoisalojen hoitajille, jotka haluavat tietää enemmän tukisidosten käytöstä tai kaipaavat ohjeita niiden käyttöön.

Poliklinikalla potilaan kanssa kasvotusten tehtävän hoitotyö on usein ajallisesti lyhyttä ja asiakkaiden käyntivälit saattavat olla pitkiä. Koska potilasta ei välttämättä näe päivittäin tai edes viikoittain, voi hänen vointiaan ja hoidon vaikuttavuutta olla vaikea arvioida. Polikliininen hoito edellyttää myös sitä, että potilas pystyy itse huolehtimaan omasta hoidostaan vaadittavissa määrin. Vaikka polikliinisessä hoidossa potilas ottaa itse paljon vastuuta hoidostaan, kasvattaa se myös sairaanhoitajan vastuuta riittävän potilasohjauksen toteutuksesta. Potilasohjauksessa käytetään usein suullisen ohjauksen lisäksi myös kirjallista materiaalia, jonka vaikutus potilasohjauksessa on merkittävää. Siksi riittävän selkeät, tietoperustaltaan oikeat ja ajankohtaiset potilasohjeet ovat tarpeellisia.

Opinnäytetyön laadullisena tavoitteena onkin toteuttaa poliklinikalle uudet selkeämmät potilasohjeet alaraajojen tukisidoshoidosta. Tavoitteena on toteuttaa helpolukuinen ja selkeä ohje. Tähän pyritään oppaan sopivalla pituudella, kieliasulla ja havainnollistavalla kuvituksella. Potilasohjeen avulla pyritään lisäämään asiakkaiden hoitomyönteisyyttä, ehkäisemään hoitoketjun katkeamista, parantamaan hoidon onnistumisen mahdollisuutta ja antamaan oikeanlaista ja ajankohtaista tietoa hoidosta. Pyrin myös Diakonia-ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehittämistoiminnan periaatteiden mukaisesti terveyttä edistävien, ylläpitävien sekä sairauksia ehkäisevien, parantavien ja kuntouttavien toimintamallien kehittämiseen (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 21).

Toiminnallisena tavoitteenani on innostaa potilaiden lisäksi myös hoitohenkilökuntaa kaikkialla opettelemaan oikean tavan toteuttaa tukisidoshoitoa. Olen kohdannut eri sairaaloissa ja hoitolaitoksissa paljon ennakkokuuloja, asenteita sekä virhetietoa koskien alaraajojen kompressiohoitoa. Kompressiohoito ei ole vain iäkkäitä sydämen vajaatoiminta potilaita varten, vaan olemassa on useita sairauksia jotka vaativat muiden hoitomuotojen rinnalle myös kompressiohoidon. Tietoperustan puuttuminen, sekä puutteelliset käytännön taidon, saattavan vaikuttaa jossain määrin hoitajien negatiivisiin asenteisiin tukisidoshoitoa kohtaan. Voimme pyrkiä näiden asenteiden korjaamiseen. tai ainakin niiden ehkäisemiseen, tarjoamalla perusteltua tietoa hoidon toteuttamisen tueksi ja näin myös tukea näyttöön perustuvan hoitotyön toteutumista jokapäiväisessä sairaanhoidossa.

## 2 TYÖN TEORIA JA KÄSITTEET

Yksi opinnäytetyön teoreettisista lähestymistavoista on potilaiden sitoutuminen hoitoonsa. Potilaiden sitoutumista kroonisten tautien hoitoon on tutkittu aiemmin esimerkiksi maailmanlaajuisessa Adherence to Long-term Therapies Project -työssä, jonka aloitti World Health Organization vuonna 2001. Projektin tärkein päämäärä oli lisätä sitoutumista kroonisten tautien tavallisiin hoitoihin kaikkialla maailmassa. (World Health Organization 2003, 13.) Projektissa pyrittiin selvittämään sitä, miten huonon hoitoon sitoutumisen vaikutuksia voitaisiin vähentää. Tärkeimmiksi seikoiksi nousivat monialainen lähestymistapa, potilaiden tukeminen ja terveydenhuoltojärjestelmien jatkuva kehittäminen. Tutkimuksessa todettiin että hoitoon sitoutumisen lisääminen voi olla jopa tehokkain tapa parantaa kroonisten sairauksien hoitoa ja potilasturvallisuutta. (World Health Organization 2003.)

Samat teemat ja käsitteet nousevat esille myös pohdittaessa potilaiden hoitoon sitoutumista tukisidoshoidossa. Riippuen potilaan oireista tukisidoshoito voi olla hyvin pitkäaikainen prosessi. Hoito voi mahdollisesti jatkua useita vuosia, ellei jopa koko potilaan loppuelämän. Hoitoväsymystä voi ilmetä tukisidoshoidossa aivan samalla tavalla kuin kroonisten sairauksien hoidossa.

Tukisidoshoitoon liittyviä tutkimuksia on julkaistu myös englannin ja saksan kielellä. Näistä tutkimuksista on koottu vuonna 2007 näytönastekatsaus nimeltään Turvotuksen estohoitomenetelmät (Vaalasti 2007). Katsauksessa käsitellään viittä eri tutkimusta. Suomen lääkäriseura Duodecim on arvioinut katsauksen näytöntasoksi kohtalaisen tutkimusnäytön. Tämä tarkoittaa sitä, että katsaus sisältää ainakin yhden menetelmällisesti tasokkaan tutkimuksen tai useita kelvollisia tutkimuksia. Kaikissa katsauksen tutkimuksissa vertailtiin eri tukisidosten ja kompressiosukkien hoitotehoa. Katsauksen tärkein tulos oli se, että turvotuksen hoidon tulosten kannalta ei ole eroa siinä, käytetäänkö turvotuksen estohoidossa monikerrossidoksia, runsas- tai vähäelastisia sidoksia tai lääkinnällisiä hoitosukkia. (Vaalasti, 2007.)

Kolmesta katsauksen tutkimuksesta voidaan tehdä myös johtopäätöksiä tukisidoshoitoon sitoutumisesta. Itävaltalais-hollantilaisen tutkimukseen osallistuneista 112 hoidon aloittaneesta potilaasta 22 keskeytti tutkimuksen, englantilaiseen satunnaistettuun tutkimukseen osallistuneesta 112 laskimohaavapotilasta keskeytti kaikkiaan 25 potilasta ja toisessa englantilaisessa tutkimuksessa 387 osallistuneesta laskimohaavapotilaasta 112 keskeytti (Vaalasti, 2007). Siis keskimäärin näiden tutkimuksien potilaista noin 23 prosenttia lopetti tutkimuksen kesken. Nämä tutkimukset kestivät lyhimmillään neljä kuukautta ja pisimmillään vuoden, joten keskeyttäneiden määrä on kohtuullisen suuri otattaessa huomioon tukisidoshoidon pitkäkestoisuus. Tietenkään emme voi olettaa, että kaikki tutkimuksen keskeyttäneet myös lopettivat kokonaan tukisidoshoidon. Kuitenkin tutkimuksen kesken lopettaneiden otannasta voidaan päätellä jonkinlaista viitteellistä arvoa siitä, kuinka moni potilaista ei sitoudu tarpeeksi tukisidoshoitoonsa.

Tietääkseni varsinaisia tutkimuksia tukisidoshoitoon sitoutumisesta ei ole tehty, mutta esimerkiksi Annells, O'Neill ja Flowers (2008) tekemässä tutkimuksessa Compression bandaging for venous leg ulcers: the essentialness of a willing patient tutkittiin miksi kotisairaanhoidajat Australiassa käyttivät tai eivät käyttäneet kompressiohoitoa säärihaavojen hoidossa. Suurin käyttöä rajoittanut syy oli potilaiden haluttomuus kompressiohoitoa tai hoidon ylläpitämistä kohtaan.

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys eli tutkimusaiheen rajaaminen ja tutkimuskysymysten määrittelyminen ovat tutkimuksessa tarpeellisia, sillä ne ohjaavat havainnoimaan ja tutkimaan tiettyjä asioita ja sulkemaan tutkimuksesta pois joitakin toisia asioita. Tutkimuskysymykset eli tutkimuksen tarkentavat näkökulmat muovautuvat tutkimuksen lähdemateriaalin avulla. (Rantasaari, Laitinen & Pitkänen, 2005.) Käsittelemieni tutkimusten pohjalta opinnäytetyöni keskeisimmiksi käsitteiksi nousivatkin hoitoväsymyksen estäminen, hoitoon sitoutumisen ja hoidon tehokkuuden parantaminen sekä potilaiden hoitomyönteisyyden kasvattaminen.

Tutkimusongelmat voidaan rajata selkeiksi kysymyksiksi seuraavalla tavalla:

- 1) Miten potilasohjeella lisään potilaiden hoitoon sitoutumista?
- 2) Millainen on hyvä potilasohje?



- 3) Mitkä ovat itsehoidon onnistumisen kannalta tärkeimpiä seikkoja alaraajojen tukisidoshoidossa?

Näitä kysymyksiä tutkimalla saadaan jäsenneltyä ja kerättyä oikeanlaista tietoa potilasohjetta varten. Nämä kysymykset auttavat myös pohtimaan tärkeimpiä potilasohjeen laatuun vaikuttavia tekijöitä ja toteuttamaan mahdollisimman hyvän potilasohjeen. Nämä kysymykset myös ohjaavat pohdintaa siihen, millainen vaikutus kirjallisella potilasohjauksen materiaalilla on suullisen potilasohjauksen rinnalla.

### 3 ALARAAJATURVOTUS

Alaraajaturvotuksella tarkoitetaan tilaa jossa alaraajojen kudoksien välitilaan kiertyy nestettä (Saarelma, 2013). Alaraajojen laskimojärjestelmä huolehtii 90 prosenttisesti veren paluukierrosta sydämeen ja imusuonisto kuljettaa noin 10 prosenttia neste- ja kuona-ainekuormasta. Laskimojärjestelmä koostuu syvistä sekä pinnallisista laskimoista ja niitä yhdistävistä yhdyslaskimoista. Kaikkien laskimoiden sisällä on läppiä, jotka edistävät paluuvirtausta ja estävät veren takaisinvirtauksen väärään suuntaan. Myös voimakkailla alaraajan lihaksilla on keskeinen merkitys laskimoiden paluuvirtauksen ylläpitämisessä. Kävellessä pohjelihaksien supistuessa ne toimivat lihaspumpuna ja puristavat verisuonia kasaan, jolloin laskimoläppien toiminta tehostuu. (Liukkonen, Saarikoski & Stolt 2013.) Turvotus onkin nesteen poiston ja tuonnin välillä vallitsevaa epätasapainoa. Alaraajaturvotus voi myös kroonistua. Turvotus on kroonistunutta, kun se on jatkunut ainakin kolmen kuukauden ajan ja kun turvotus ei laske kokonaan yön aikana tai raajan ollessa kohoasennossa (Hampton 2007). Kroonistunut turvotus voi aiheuttaa potilaan elämänlaatuun vaikuttavia haittoja, kuten kroonistuneita ihomuutoksia, raajojen epämuodostumista ja se myös nostaa selluliitin eli akuutin ihoinfektion riskiä (Elwell 2015).

#### 3.1 Alaraajaturvotuksen syitä

Yleisin ei sairaudellinen alaraajojen turvotusta, väsymistä ja puutumista aiheuttava tekijä on paikallaan tapahtuva pitkäaikainen istuma- ja seisomatyö. Istuttaessa pitkään lonkat ja polvet taivutettuina joutuvat reisien suuret verisuonet puristuksiin. Tämä hidastaa tai vaikeuttaa alaraajojen verenkiertoa, sekä imuneste-kiertoa. Myös kireät vaatteet reisi- ja polvitaiepeissa heikentävät laskimoveren virtausta alaraajoista sydämeen. Alaraajojen heikot lihakset aiheuttavat lihaspumpauksen vajaatehoisuutta jolloin laskimopaine voi kohota. Tällöin laskimot pääsevät täyttymään ja laajenemaan painovoiman vaikutuksesta, seurauksena laskimoiden läpät ja seinämät voivat vaurioitua ja alaraajojen turvotus lisääntyä. (Liukkonen, Saarikoski & Stolt 2013.)

Alaraajaturvotuksen syntytapoja on kuitenkin monia. Tärkeintä on tunnistaa nopeaa hoitoa vaativat syyt, joita ovat syvä laskimotukos ja sydämen vajaatoiminta. Välitöntä hoitoa vaatii myös paikallinen laaja turvotus johon liittyy punoitusta ja kuumotusta, sillä tällöin turvotuksen syynä voi olla bakteeri-infektio. (Saarelma, 2013.) Äkillisesti ja vähitellen alkaneen alaraajaturvotuksen syyt tulisi kuitenkin aina tutkia. Nopea oireiden tunnistaminen myös parhaimmillaan ehkäisee ongelman kroonistumista. (Liukkonen, Saarikoski & Stolt 2013.)

### 3.1.1 Laskimotukokset

Laskimotukos syntyy kun veri hyytyy epänormaalisti syvässä laskimojärjestelmässä ja keho ei itse kykene liuottamaan hyytymää. Tällöin laskimosuoni tukkeutuu. (Lassila, Halinen & Tarnanen 2010.) Laskimotukoksen oireena on yleensä nopeasti ilmaantuva toispuolinen turvotus. Turvonnut pohje on usein arka kävellessä ja siitä puristettaessa. Laskimotukoksissa voi esiintyä myös särkyä tukosalueen raajassa. Ihon lämpötila on usein kohonnut tukoksen puolelta. Syvässä laskimotukoksessa iholla ilmenee kuoppaturvotusta eli pitting-ödeemaa, jossa sormella painettaessa ihoon jää hetkeksi kuoppa. (Duodecim 2013.) Syvä laskimotukos esiintyy yleensä alaraajojen syvissä laskimoissa, mutta satunnaisesti myös esimerkiksi yläraajan alueella, lantion laskimoissa tai sinus- ja porttilaskimossa (Harjola 2013).

Alaraajojen syvän laskimotukoksen hoidon tavoitteena on aina ehkäistä keuhkoemboliaa ja alaraajojen laskimoiden vajaatoiminnan kehittymistä. Heti alussa aloitetaan jalan sidonta yhdyslaskimoiden vajaatoiminnan estämiseksi. Laskimotukosta hoidetaan myös antikoagulaatio eli verenhennus lääkkeillä, liuotus tai kirurgisella hoidolla. (Harjola 2013.) Kun raajan turvotus on laskenut, siirrytään mitoitettun tukisukan käyttöön. Tukisukkaa käytetään päivittäin useimmiten ainakin kahden vuoden ajan, vaikeammissa tapauksissa jopa pysyvästi. (Lassila, Halinen & Tarnanen 2010.)

### 3.1.2 Laskimoiden vajaatoiminta

Laskimoiden vajaatoiminta on hyvin yleinen sairaus, johon ei ole parantavaa hoitoa. Pintalaskimoiden vajaatoiminnan esiintyvyys länsimaaisessa aikuisväestössä on keskimäärin 30–40 prosenttia. Syvien laskimoiden vajaatoiminta on harvinaisempaa ja se on usein seurausta sairastetusta syvästä laskimotukoksesta. (Honkala 2013.)

Laskimoiden vajaatoiminnan perimmäinen syy on tuntematon. Riskitekijöitä on kuitenkin löydetty, ja näitä ovat ikääntyminen, naissukupuoli, aiemmat synnytykset, sairauden esiintyminen suvussa sekä mahdollisesti myös lihavuus. Sairauden ilmaantuminen tai paheneminen raskauden aikana on tavallista. Laskimoiden vajaatoiminta johtaa laskimohypertensioon eli laskimopaineen kohoamiseen. Lähes aina laskimohypertension syynä on laskimoiden takaisinvirtaus vioittuneessa suonessa. Laskimoiden takaisinvirtaus aiheuttaa laskimohypertension lisäksi myös pintalaskimoiden laajentumista eli suonikohjujen syntymistä. Pintalaskimoiden vajaatoiminnan tavallisin ilmenemismuoto onkin primaarinen suonikohjutauti. (Honkala 2013.) Laskimoiden vajaatoiminnassa yleistä on myös kroonisen ja vaikeahoitoisen staasi-ihottuman ja säärihaavojen ilmeneminen. Muita laskimoiden vajaatoiminnan oireita ovat esimerkiksi krooninen kuoppaturvotus, särky joka pahenee iltaisin, painon, kiristyksen sekä väsyneisyyden tunne. (Kaur, Sarkar, Kanwar, Attri, Dabra, & Kochhar 2003.) Pinnallisena vajaatoimintana alkanut tauti saattaa myöhemmin johtaa sekundaariseen yhdyslaskimoiden ja syvien laskimoiden vajaatoimintaan. Pitkään jatkuneessa laskimohypertensiossa ilmeisesti myös imutiet voivat vaurioitua, mikä voi johtaa niiden sekundaariseen vajaatoiminnan ja sekaturvotuksen kehittymiseen. (Honkala 2013.)

Oireisen laskimovajaatoiminnan ensisijainen hoito tapahtuu kompressiolla. Kompressiohoito ehkäisee myös säärihaavojen kehittymistä ja edesauttaa jo syntyneiden haavojen parantumista. Oireita voidaan lievittää myös pohjelihaspumpun harjoittamisella ja asentohoidolla. (Honkala 2013.) Laskimovajaatoiminnan aiheuttamien ongelmien hoitoon on olemassa lukuisia erilaisia lääkevalmisteita, joiden käyttö vaihtelee eri maissa huomattavasti. Laskimoiden vajaatoiminnan oi-

reiden lääkehoidosta on kuitenkin varsin vähän näyttöä tai kokemusta Suomessa. (Tuuliranta, Aittola, Kunnamo, Mustonen, Roth, Saarinen, Lehtola & Vaalasti 2003.)

### 3.1.3 Sydämen vajaatoiminta

Sydämen vajaatoiminta on tila jossa sydän ei pysty ylläpitämään riittävää verenkiertoa elimistön normaalitarpeisiin (Schiller, Pellegrino & Zucker 2015). Tämän oireyhtymän taustalla on useita erilaisia sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksia. Vajaatoiminnan esiintyminen lisääntyy iän kasvaessa ja 50 prosenttia sydämen vajaatoimintaa sairastavista potilaista on täyttänyt 80 vuotta. Sydämen vajaatoiminta voi aiheutua joko sydämen supistusvoiman heikkenemisestä, eli systolisesta vajaatoiminnasta, tai sydämen seinämien jäykistymisestä, eli diastolisesta vajaatoiminnasta. Useimmiten taustalla on kuitenkin näiden yhdistelmä. (Ellonen & Lommi 2013.) Sydämen vajaatoiminta aiheuttaa hoitamattomana suurta kuolleisuutta (Hsu, Hsieh, Hsiao & Chien 2015, 1).

Sydämen vajaatoiminnan oireena voi olla suhteellisen nopeasti ilmaantunut molemminpuolinen turvotus, tähän liittyy usein myös painon nopeaa nousua. Potilaan sydänsairaus on usein tiedossa. Melkein poikkeuksetta turvotusta aiheuttavaan vajaatoimintaan liittyy hengenahdistus raituksessa ja usein myös yöllinen lepoahdistus, sekä yskä makuuasennossa. (Duodecim 2013.)

Sydämen vajaatoimintaa hoidetaan lääkehoidolla yhdistettynä elämäntapojen ohjaamiseen ja elämäntapamuutoksiin. Etenkin ylipainoa, runsaita suola ja nesiä tulisi välttää. (Ellonen & Lommi 2013.) Näyttöön perustuvien suositusten mukaan kuntoilu ja ohjatut liikuntaharjoitukset ovat yksi keskeisimmistä suuntaviivoista sydämen vajaatoiminnan sekundaariseen ehkäisyyn (Hsu, Hsieh, Hsiao & Chien 2015, 2).

### 3.1.4 Idiopaattinen alaraajaturvotus

Idiopaattinen ödeema tarkoittaa huonosti ymmärrettyä tilaa, jossa naisen elimistöön kertyy nestettä premenopausissa (Ebeling, 2013). Premenopausi tarkoittaa 10–15 vuotta ennen menopausia ilmenevää oireistoa, jossa kuukautiskierto muuttuu epäsäännölliseksi. Tällöin munasarjatoiminta alkaa hiipumaan. (Turunen & Lyytinen, 2014). Idiopaattisessa turvotuksessa on tavallista jaksotteleva turvotus, jolla ei ole yhteyttä kuukautiskieroon. Siksi idiopaattista turvotusta voidaan kutsua myös sykliseksi-, perodiseksi- tai nesterentioturvotukseksi. Oireilu on yleisintä 30–40 vuotiailla naisilla, joilla esiintyy myös painonmuutoksia. (Ebeling, 2013.) Tämä onkin todennäköisin turvotuksen syy alle 50-vuotiailla naisilla (Duodecim 2013).

Idiopaattisessa turvotuksessa paino nousee päivän aikana jopa yli kilon. Idiopaattista turvotusta ei tule sekoittaa premenstruaaliedeemaan, jossa ilmenee turvotusta ja painon nousua muutama päivä ennen kuukautisten alkamista. Toisin kun premenstruaaliedeema, idiopaattista turvotusta voi ilmetä koko kuukautiskierron ajan. Turvotusta voi alaraajojen lisäksi olla myös kasvojen ja käsien alueella. Idiopaattisen turvotuksen diagnoosi on kliininen, kun anamneesin ja kliinisen tutkimuksen perusteella voidaan sulkea pois systeemisairaudet. (Duodecim 2013.)

Idiopaattisessa alaraajaturvotuksessa ensisijaisena hoitona ovat aina lääkkeettömät hoitomuodot kuten lepo, kohoasento, kuuman ympäristön välttäminen, laihduttaminen sekä suolan ja nesteiden nauttimisen rajoittaminen. Hankalissa tapauksissa voidaan harkita myös lääkehoitoa. Idiopaattisessa ödeemassa kompressiohoidosta on harvoin apua. (Duodecim 2013.)

### 3.1.5 Lymfaturvotus

Lymfedeema eli lymfaturvotus on harvinainen, primaarinen imunestekierron häiriö, jonka aiheuttaa imusuonien puute tai vajaus (Duodecim, 2013). Heikentynyt lymfanesteen virtaus johtaa runsasproteiinisen lymfanesteen kertymiseen soluvälitilaan, yleensä raajoihin (Ebeling, 2013). Kun imunestejärjestelmä ei enää

pysty poistamaan imunestekuormaa, syntyy turvotus. Turvotus voi aiheutua joko imunesteen voimakkaasta lisääntymisestä tai imunestejärjestelmän kuljetuskyvyn heikkenemisestä. Tällöin imunestejärjestelmä on ylikuormitettu vaikka imusuonisto ja imusolmukkeet ovat toimintakykyisiä, sillä imunestekuorma on suurempi kuin järjestelmän kuljetuskyky. Imunestejärjestelmä voi olla myös vaurioitunut tai vajaasti kehittynyt. Tällöin imunestekuorma ei ole suurentunut, mutta järjestelmän kuljetuskyky on alentunut. Imunestejärjestelmän kehityshäiriössä imusuonet ovat liian pieniä tai laajentuneita tai imusolmukkeita tai imusuonia on liian vähän. Imusuonten ja imusolmukkeiden vauriot voivat johtua esimerkiksi tulehduksista, vammoista, leikkauksista, sädetyksistä tai imusolmukkeiden poistoista. (Suomen Vodder-Lymfaterapeutit ry.) Lymfedeeman oireena on krooninen, molemminpuolinen ei pitting-edeema tyyppinen turvotus, joka on myös tavallisesti kivuton (Duodecim 2013).

Lymfaturvotuksen ensisijaiset hoitomuodot ovat kompressiosidokset, liikunta, raajojen kohoasento, lymfahieronta ja jaksoittainen painepuristus. Myös mahdolliset tulehduksen lähteet kuten jalkasilsa tulee hoitaa. (Duodecim, 2013.) Usein turvotuksen vähenemisen jälkeen on tarpeellista aloittaa ylläpitovaihe, jossa tavoitteena on parhaan mahdollisen hoidon tuloksen ylläpito.

### 3.1.6 Turvotusta aiheuttavat lääkkeet

Myös monet lääkeaineet saattavat aiheuttaa turvotusta. Mahdollinen turvotusta aiheuttavien lääkkeiden käyttö olisi aina syytä tarkistaa potilaalta jolla on alaraajojen turvotusta. Tavallisimpia turvottavia lääkkeitä ovat verenpainelääkkeistä kalsiuminestäjät ja niistä etenkin dihydropyridiinit. Monet tulehduskipulääkkeet, sekä hermosärkyihin käytettävä pregabaliini voivat myös olla turvotusten taustalla. Diabeteslääkkeistä pioglitatsoni aiheuttaa hyvin herkästi turvotuksia, moniin sukupuolihormonivalmisteisiin voi liittyä turvottelutaipumus sekä kortikosteroideihin. (Duodecim 2013 ; Ebeling, 2013.)

### 3.2 Alaraajaturvotus ja alaraajahaavat

Krooninen alaraajahaava on yleinen ja väestön ikääntymisen myötä kasvava ongelma. 1,3–3,6 prosenttia väestöstä saa jossakin elämän vaiheessaan kroonisen alaraajahaava. (Duodecim 2014.) Sen esiintyvyys moninkertaistuu ikääntymisen myötä, ja naiset ovat miehiä alttiimpia kroonisille alaraajahaavoille. 80 prosenttia kroonisista alaraajahaavoista on laskimovajaatoiminnan aiheuttamia. (Salavastru, Nedelcu & Tiplica 2012, 304.) Myös perifeerisellä valtimotaudilla on haavojen synnyssä merkittävä osa. Diabeetikoilla makro- ja mikroangiopatia sekä neuropatia voivat aiheuttavat alaraajan valtimoverenkierron vaikeutumista ja tuntohäiriöitä. Tällöin vähäpätöiseltäkin tuntuvasta hankaumasta tai traumasta voi kehittyä raajan vitaliteettia uhkaava haava ja raju infektiö. (Malanin 2006.)

Laskimoperäiseen haavaan liittyy useimmiten alaraajojen turvotusta. Tällöin haavan synnyn syynä on kudosturvotuksen, sekä ödeeman aiheuttama puutteellinen ravinnon- ja hapen saanti (Iivanainen & Syväoja 2008, 486). Laskimoperäisen haavan tunnusmerkkejä ovat se, että haava useimmiten sijaitsee säären alakolmanneksen tai nilkan alueella. Haava on yleensä matala ja haavapohja on kostea sekä erittävä. Haava on muodoltaan epäsäännöllinen ja haavassa on usein keltävää fibriinikatetta. Raajassa voi olla turvotuksen lisäksi kovaa, ruskeaa staasiekseemaa. Haavassa voi olla kipua joka hellittää kun raajaa pidetään ko-hasennossa. Säären iho on kuiva ja hilseilevä. (Iivanainen & Syväoja 2008, 486.)

Valtimoperäiseen haavan yhteydessä ei ilmene turvotusta yhtä usein kun laskimoperäisen haavan yhteydessä. Valtimoperäinen haava sijaitsee yleensä jalkaterän ja varpaiden alueella, mutta voi olla ylempänäkin raajassa. Haava on kuivapohjainen ja kalpea, haavan ympäristö voi punoittaa ja haavassa voi olla tumma nekroottinen kate. Raaja on viileä ja haava on yleensä kivulias. Kipu saattaa helpottaa raajaa riiputeltaessa. (Duodecim 2014.)

Alaraajahaavojen hoito on monimutkaista ja perustuu aina taudin vaiheeseen ja haavan ominaisuuksiin (Salavastru, Nedelcu & Tiplica 2012, 305). Haavan hoidon tulee ensisijaisesti kohdistua etiologisten tekijöiden korjaamiseen. Haavan



hoito tulee aloittaa tehokkaasti heti haavan ilmaannuttua, sillä haavan kroonistuttua sen paranemisen todennäköisyys huononee. Merkittävimmät täydellistä paranemista ennustavat tekijät ovat haavan koko ja olemassaoloaika. (Duodecim 2014.) Laskimoiden vajaatoiminnassa hoitomuoto valitaan ensisijaisesti laskimon toiminnan muutoskohdan sijainnin ja vajaatoiminnan vaikeusasteen mukaisesti. Kokonaisvaltainen hoito voi pitää sisällään muun muassa elämäntapavalmenusta, kompressiohoitoa, systeemistä lääkehoitoa, haavojen paikallishoitoa, antibioottihoitoa, scleroterapiaa ja kirurgista hoitoa. (Salavastru, Nedelcu & Tjiplica 2012, 305.)

Sääriturvotuksen poistaminen on laskimohaavan tärkein hoitotoimenpide ja ensisijaisen tärkeää laskimoperäisen alaraajahaavan ehkäisyssä (Cullum, Nelson, Fletcher & Sheldon 2001). Suuri osa laskimohaavoista paraneekin muutamassa kuukaudessa säännöllisellä turvotuksenestohoidolla. Ennen tukisidoksien tai hoitosukkien käyttöä tulee arvioida valtimoverenkierron riittävyys, sillä ei ole riittävää näyttöä siitä millaisia tukisidoksia voi turvallisesti käyttää potilailla joilla on valtimoverenkierron vajausta. Jos valtimoverenkierto on riittävää ja raajassa on selkeää turvotustaipumusta, voidaan tukisidoshoitoa käyttää turvotuksenestomenetelmänä myös muidenkin kuin laskimohaavojen hoidossa. (Duodecim 2014.)

Turvotuksenestohoito toimii tehokkaasti yhdessä haavojen paikallishoidon kanssa. Alaraajahaavojen paikallishoidossa pyritään yksinkertaisuuteen, sillä herkistyminen haavanhoitotuotteiden ainesosille ja haavan ympäristön hoitoaineille on yleistä (Machet, Couche, Perrinaud, Hoarau, Lorette & Vaillant, 2004). Paikallishoidon tavoitteena on puhdistaa haava, luoda haavalle optimaalinen paranemisympäristö ja suojata sitä kontaminaatioilta (Duodecim 2014). Kuten muidenkin haavojen hoidossa, on myös alaraajahaavojen hoidossa noudatettava tarkkaa aseptiikkaa. Haavat puhdistetaan esimerkiksi keittosuolaliuoksella niin että pyritään välttämään infektioiden leviämistä. (Salavastru, Nedelcu & Tjiplica 2012, 306.) Kuollut kudos poistetaan haavalla useimmiten mekaanisesti. Nopean ja tehokkain keino kuolleen kudoksen poistamiseen on kirurginen haavarevisio. (Duodecim 2014.)

## 4 TURVOTUKSEN LÄÄKKEETTÖMÄN HOIDON PERIAATTEET

Turvotuksen lääkkeettömän hoidon periaatteissa pyritään vähentämään ja ehkäisemään jalkojen turvotusta. Tämä usein tarkoittaa yhdistelmää jossa on sekä jalkojen perushoitoa, kompressiohoitoa, imunesteen poistumista ja laskimopaluuta edistävää liikehoitoa, sekä liikuntaa ja asentohoitoa. Kompressiohoitoa voidaan toteuttaa joko sidoksin tai lääkinällisillä hoitosukilla. Etenkin sellainen sääriturvotus, jonka hoitoon sukka ei jostain syystä sovi, voidaan hoitaa käyttäen vähäelastisia sidoksia (Malanin 2006). Kroonisessa imunesteturvotuksessa voidaan käyttää näiden ohella myös manuaalista tai koneellista lymfahoitoa (Duodecim 2013). Ihon ja jalkojen perushoidolla pyritään ensisijaisesti ehkäisemään infektioita (Elwell 2015). Ihon ja jalkojen perushoitoon kuuluu ihon puhtaudesta huolehtiminen, säännöllinen ihon rasvaus ja kynsien hoito, sekä hyvien kenkien ja sukien hankkiminen ihorikkojen ja painaumien välttämiseksi. Tietenkään ei tule unohtaa potilaan psykologista tukea ja kannustusta hoitoon sitoutumiseen (Elwell 2015).

### 4.1 Kompressiohoidot

Moffatt ja Partsch (2012) määrittivät kompressiohoidon tavoitteiksi turvotuksen vähentämisen alentamalla kapillaarista suodatusta, edistämällä nestekuorman poistumista imusuonien kautta, siirtämällä nestettä turvonneelta alueelta ei turvonneille alueille ja ylläpitämällä ihon kimmoisuutta ja eheyttä. Kompressiohoidon tulisi kuitenkin aina olla osa kokonaisvaltaista hoitoa, eikä siten vain oma osaluonsa.

Kompressiohoidolla on turvotuksen poiston lisäksi monia muita hyviä vaikutuksia. Se alentaa pinnallisten laskimoiden verenpainetta, tukee pohjelihaspumpun toimintaa, edistää laskimoveren paluuta, helpottaa heikkojen laskimoläppien toimintaa, ylläpitää jo saavutettua hoitotulosta ja estää säärihaavojen ilmaantumista ja uusiutumista. (Hannuksela-Svahn, Hietanen & Nurminen 2015.) Moffat ja Partsh

(2012) osoittivatkin että kompressiohoitoa voidaan pitää turvotuksen hoidon tärkeimpänä osa-alueena. Etenkin turvotuksen hoidon intensiivivaiheessa kompressiosidoksien käytöllä on huomattu olevan positiivisia vaikutuksia imusuonien vaurioiden ehkäisemisessä. Lisäksi kompressiosidokset edesauttavat turvotusalueen haavojen parantumista.

Turvotuksen hoito esimerkiksi laskimotukoksessa ja säärihaavapotilailla aloitetaan yleensä sidoksilla (Duodecim 2013). Kompressiosidoksia käytetään kuitenkin kaiken tyyppisissä alaraajaturvotuksissa. Tukisidoksia tai tukisukkia käytetään akuutin turvotuksen hoidon lisäksi myös pitkäaikaishoitona saavutettujen tulosten ylläpitämiseksi ja iho-ongelmien välttämiseksi (Elwell 2015). On kuitenkin olemassa muutamia ehdottomia vasta-aiheita jolloin kompressiohoitoa ei tulisi käyttää. Potilaille joilla on vaikea, hallitsematon sydämen vajaatoiminta ei tulisi käyttää voimakasta kompressiota, sillä se lisää sydämen kuormitusta. Lisäksi ennen tukisidoshoidon aloittamista tulisi varmistaa, että potilaan valtimoverenkierto on riittävää. Jotkin tahot eivät suosittele voimakkaan kompression käyttöä myöskään potilailla joilla on munuaisten tai maksan vajaatoiminta, tai jos potilas kärsii aliravitsemuksesta. (Hampton 2007.)

#### 4.1.1 Tukisidoksen valinta

Nykypäivän laaja tukisidos ja sukkamateriaalien tarjonta sekä useat sidontatekniikat tarjoavat paljon mahdollisuuksia yksilöllisen hoidon toteuttamiseen. Parhaan mahdollisen hoitomuodon löytäminen voi kuitenkin tuntua vaikealta. Siksi ymmärrys sidontamateriaaleista, kompression synnystä ja siitä miten tätä tietoa voidaan käyttää parhaan mahdollisen hoitotuloksen saavuttamiseen, on välttämätöntä. (Elwell 2015.) Sidosta ja sidontatekniikkaa valittaessa huomioidaan aina potilaan kunto, liikuntakyky, raajan koko, sidoksen vaihtoväli, tarkoituksenmukaisuus ja taloudellisuus sekä se kuka sidoksen sitoo (Duodecim 2013). Tukisidokset lajitellaan usein niiden joustavuuden mukaisesti kahteen kategoriaan: elastisiin eli runsaasti joustaviin, sekä vähäelastisiin eli vähemmän joustaviin (Elwell 2015). Jos sidoskerroksia on useampi kuin kaksi, puhutaan monikerrossi-

doksista. Monikerrossidonnan etuna on se, että sidoksin aikaansaatu paine jalkassa säilyy samana niin kauan kun sidokset ovat paikallaan. Monikerrossidonassa kerrostiheys vaikuttaa aikaansaatuun kompressioon. (Iivanainen & Syväoja 2008, 488.) Tukisidoksien ominaisuuksia on esitelty taulukossa 1.

Elastisissa tukisidoksissa on niiden nimen mukaisesti elastisia säikeitä, jotka antavat niille ominaisuuksia venyä jopa 120 prosenttisesti. Elastista sidosta sidottaessa sidos saisi kuitenkin olla vain noin 50 prosenttisesti venytettynä, joten elastinen sidos vaatii käyttäjältään perehtymistä ja taitoja. Elastiset säikeet antavat sidokselle jonkin verran mahdollisuutta joustaa esimerkiksi raajan turvotessa. Elastisilla sidoksilla saadaan aikaiseksi pitkäkestoista ja voimakasta puristusta, jossa kuitenkin tapahtuu hieman muutoksia potilaan liikkeen ja levon vaihteluiden aikana. Vaikka elastiset sidokset sopivat mainiosti esimerkiksi turvotuksen yhteydessä esiintyvien säärihaavojen hoitoon, niiden ominaisuudet eivät kuitenkaan ole ihanteelliset tilanteeseen jossa turvotusta halutaan hallita paremmin. (Elwell 2015.) Elastista sidosta käytetään ensisijaisesti potilailla joiden oma pohjelihaspumpputoiminta on puutteellinen ja liikkuminen vähäistä. Elastiset sidokset on aina poistettava yön ajaksi, joten elastisen sidoksen käyttö vaatii joko potilaan omatoimisuutta tai jatkuvaa omaisen tai hoitajan apua. (Hannuksela-Svahn, Hietanen & Nurminen 2015.)

Vähäelastisissa tukisidoksissa ei ole samanlaisia elastisia kuituja kuin elastisissa sidoksissa, ja siksi ne myös venyvät vähemmän. Tämä vähäelastisen sidoksen ominaisuus vähentää virheellisen jännitteen syntymisen riskiä sidottaessa. Vähäelastiset sidokset myös muodostavat elastisia sidoksia paljon tukevamman puristuksen raajan ympärille. Vähäelastinen sidos ei anna periksi pohjelihaksen pumppaavalle liikkeelle esimerkiksi kävelyn aikana. Vähäelastisia tukisidoksia usein käytetäänkin liikkuvilla potilailla. Vähäelastinen tukisidos voi olla paikoillaan useita päiviä, mikäli se ei pääse löystymään tai aiheuta kipua. Vähäelastista sidosta voidaan pitää myös öisin, koska sidoksen puristusvaikutus heikkenee levossa. (Iivanainen & Syväoja 2008, 488.) Siksi se sopii hyvin potilaille jotka käyvät säännöllisesti hoidossa esimerkiksi sairaanhoitajan vastaanotolla, poliklinikalla tai kuuluvat kotisairaanhoidon piiriin.

Moni kroonista turvotusta sairastava potilas kuitenkin liikkuu vain vähän, tai on kokonaan vuodepotilaana. Liikkumattomuus on yksi nestekuorman kerääntymiselle ja siten turvotukselle altistava tekijä. Runsaselastiset sidokset voivatkin olla tärkeässä roolissa kroonisen turvotuksen hoidossa niillä potilailla joiden liikkuminen on erityisen vähäistä, sillä niukasti liikkuvilla potilailla tukisidoksen aikaan saatu paineen huippu on usein paljon matalampi, kuin potilailla jotka liikkuvat. Paineen vaihtelut ovat kuitenkin aina yhteydessä potilaan aktiivisuuden tasoon. Jo vähäinenkin liikunta yhdistettynä tukisidoshoitoon edesauttaa tehokkaan lepo ja liikepaineen syntymistä. (Elwell 2015.)

Taulukko 1. Tukisidosten ominaisuuksia (Duodecim 2014).

<b>Tukisidostyyppi</b>	<b>Ominaisuudet</b>
Monikerrossidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Koostuu 2–4 eri sidoskerroksesta</li> <li>– Antaa voimakkaan tuen</li> <li>– Sopii potilaille, joilla hoitoväli on pitkä</li> <li>– Pysyy hyvin paikoillaan</li> <li>– Sidotaan kerran viikossa. Tarvittaessa useammin, jos turvotus poistuu nopeasti ja sidos jää löysäksi.</li> </ul>
Vähäelastinen sidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Antaa kohtalaisen voimakkaan tuen</li> <li>– Tukee liikkuvien potilaiden pohjelihastoimintaa</li> <li>– Voi olla paikoillaan useamman päivän, koska sidoksen aiheuttama paine on levossa vähäinen</li> <li>– Ei sovellu liikuntakyvyttömille potilaille, koska sidoksen paine on levossa alhainen</li> <li>– On sidontatavaltaan säären anatomian mukainen</li> </ul>
Keski- ja runsaselastinen sidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Antaa voimakkaan tuen</li> <li>– Sidotaan aamulla ennen vuoteesta nousua ja poistetaan yöksi</li> <li>– Sopii liikuntakyvyttömille potilaille</li> <li>– On sidontatavaltaan spiraali- tai tähkämallinen</li> </ul>

Sidosten fysikaaliset ominaisuuksien vuoksi vähäelastiset sidokset ovat olleet suositumpia kroonisen turvotuksen hoidossa niillä saavutettavan keskivoimakkaan puristuksen ja voimakkaan tuen vuoksi. On kuitenkin tärkeää, että sidos valitaan yksilöllisesti ja siten että se vastaa mahdollisimman hyvin myös potilaan erityistarpeisiin. (Elwell 2015.) Turvotuksen estohoidossa käytettävien vähä-, keski- ja runsaselastisten sidosten tai pohjepituisten lääkinnällisten hoitosukkien tehokkuudessa ei ole selvää eroa (Vaalasti 2007). Turvotuksenestohoidon alkuvaiheessa tukisidos on kuitenkin hoitosukkaa suositeltavampi, sillä jalan ympärystä muuttuu turvotuksen ja sen laskemisen myötä. Lääkinnälliseen hoitosukkaan voidaan siirtyä, kun ensin turvotus on saatu poistettua raajasta. (Duodecim 2014.)

Lääkinnällinen hoitosukka on turvotusta ehkäisevä ja verenkiertoa parantava hoitosukka. Hoitosukalla edistetään jalan pohjepumppausta. Tulee kuitenkin pitää mielessä se että tukisukka ja lääkinnällinen hoitosukka ovat eri asia. Hoitajan tulisi erottaa nämä kaksi toisistaan. Tukisukkaa käytetään terveissä ja terveen mallisissa jaloissa ennaltaehkäisemään ja hoitamaan lieviä laskimovaivoja ja jalkojen väsymistä. (Iivanainen & Syväoja 2008, 489.)

Lääkinnällisten hoitosukkien hoitopaineluokat (taulukko 2.) ilmaisevat paineen nilkan kohdalla. Nilkasta ylöspäin sukan aiheuttama paine alenee asteittain (Hannuksela-Svahn, Hietanen & Nurminen 2015). Tutkimustietoa eri puristusluokkien tehosta ei juuri ole, mutta hyvänä suuntalinjana pidetään sitä että hoitosukan olisi hyvä olla puristusluokkaa 2, tai korkein jota potilas suostuu käyttämään. Kokeemus on myös osoittanut, että iäkkäillä luokan 1 puristusteho on sopivin hyvän hoitomyöntyvyyden takaamiseksi. (Duodecim 2014.) Sukka valitaan yksilöllisesti mittaamalla säären pituus ja paksuus ja määrittelemällä sukan pituus. Sukkia on sekä pohje-, reisisukka että sukkahousu mallisina, mutta yleensä käytetään pohjepituista sukkaa. Sukkien turvotusta estävä vaikutus perustuu kompressiosidoksien lailla jatkuvaan puristukseen. Hoitosukka tilataan aina yksilöllisesti mittailauksena ja mitat otetaan ammattilaisen toimesta säärestä josta turvotus on poistettu. Mittojen ottamisessa tulee olla erityisen huolellinen ja sukka mitataan tavallisesti jalan kolmesta eri kohdasta. Sukan pukemisesta löytyy useita suosituksia, mutta sukka olisi parasta pukea makuuasennossa heti aamulla ensimmäisenä tai

viimeistään heti aamupesujen jälkeen. Myös hoitosukkien valinta tehdään yhdessä potilaan kanssa hoitomyöntyvyyden lisäämiseksi. (Hannuksela-Svahn, Hietanen & Nurminen 2015.) Erittäin tärkeää on myös hankkia sukan pukemisen apuväline. Niin avo- kuin umpikärkisiäkin sukkiä varten on olemassa käteviä liukusukkia, joilla sukan pukeminen onnistuu vähäisinkin käsivoimin. (Malanin 2006.) Sukan sopivuus voidaan varmistaa käyttämällä sukanalaista painepuristusta. Hoidon ongelmina ovat sukan venyminen ja sen jalkaan vetämisen vaikeus. Sukkien kimmoisuus heikkenee ajan myötä, jatkuvassa käytössä yksi sukka kestää runsaat puoli vuotta. (Duodecim 2013.)

Taulukko 2. Lääkinnällisen hoitosukan valintakriteerit (Duodecim 2013).

Luokka I (kevyt hoitosukka, 15–23 mmHg)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Lievä laskimoiden vajaatoiminta tai kun muiden sairauksien vuoksi ei voida käyttää korkeampaa hoitopainetta.</li> <li>– Syvän laskimotukoksen ehkäisy</li> <li>– Suonikohjujen ehkäisy esim. raskauden aikana</li> </ul>
Luokka II (24–34 mmHg)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Laskimoiden vajaatoiminta</li> <li>– Varikoottinen ekseema ja laskimoperäinen säärihaava</li> <li>– Lievät imutieveräiset turvotukset ja syöpäleikkausten jälkeiset turvotukset</li> <li>– Suonikohjuleikkauksen ja ruusun jälkihoito</li> <li>– Syvän laskimotukoksen sekä pinnallisen laskimotukoksen hoito ja ehkäisy</li> </ul>
Luokka III (25–49 mmHg)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Vaikea turvotus, johon matalampi hoitopaine ei tehoa</li> </ul>
Luokka IV (50+ mmHg)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Erittäin vaikea imutieveräinen turvotus tai vaikea laskimoiden vajaatoiminta</li> </ul>

#### 4.1.2 Tukisidoksen sidonta

Tukisidoksen sidontatekniikan hallitseminen on tärkeää, jotta paine jakautuisi oikein nilkan ja säären alueella (Iivanainen & Syväoja 2008, 488). Tukisidoksia sidottaessa ja oikeaoppisen sidontatekniikan hallinnassa auttavat sidonnan harjoittelu ja perusymmärrys paineen syntymisestä. Laplacen lain (kuvio 1.) mukaan kompressiosidoksilla aikaansaadun paineen määrä on suoraan verrannollinen sidoksen kireyteen ja kerroksiin, mutta myös kääntäen verrannollinen raajan ympärysmittaan. Laplacen laki voidaan jalkauttaa käytäntöön kuviossa 1. esitetyn kaavan mukaisesti. (Elwell 2015.) Tämä tarkoittaa sitä että sidoksella aikaansaatuun paineeseen vaikuttavat sidoksen kireyden lisäksi myös kerroksien lukumäärä, sidoksen leveys ja jalan anatomia. Tästä syystä vähäelastista tukisidosta sidottaessa käytetään usein anatomista sidontatyylejä. Muita sidontatyylejä ovat spiraali ja tähkämalli (Kuvio 2; Duodecim 2007). Tavoiteltavan paineen määrä riippuu siitä mitä ja millaista turvotusta hoidetaan, sekä potilaan mieltymyksistä. Tukisidoksen turvotusta estävä vaikutus perustuu jatkuvaan puristukseen, joka on voimakkainta nilkan kohdalla. Paine vähenee tasaisesti ylöspäin ja puristus paine tulisi olla pohkeen paksuimmalla kohdalla 60–80 prosenttia nilkan tason paineesta. (Malanin 2006.) Paine loppuu polvitaipteen alapuolelle. Tukisidoksien sidonnassa voidaan käyttää samoja painekriteerejä kuin tukisukan valinnassa (taulukko 2). Tästä syystä painemittari onkin hyödyllinen apuväline oikean sidostekniikan harjoittelussa (Duodecim 2014).

$$\text{Paine (mmHg)} = \frac{\text{Kireys (KgF)} \times \text{kerrosten määrä} \times 4620}{\text{Ympärysmitta (cm)} \times \text{sidoksen leveys (cm)}}$$

Kuvio 1. Laplacen laki kaavaksi muunnettuna

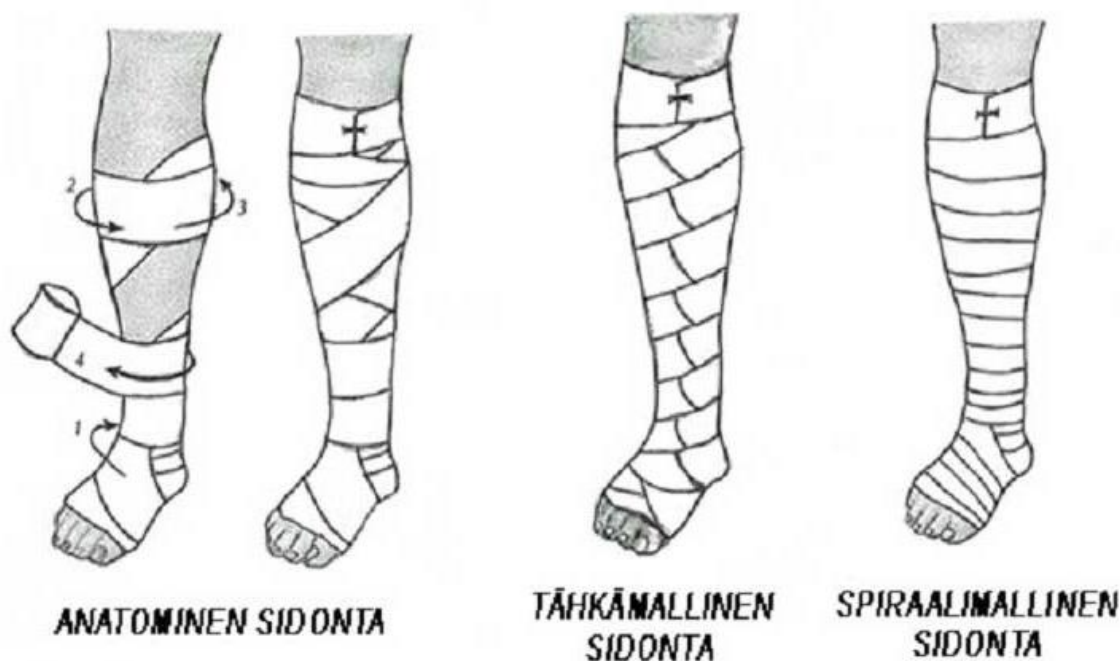
Tukiside sidotaan jalkaan heti aamulla ennen ylös nousua (Duodecim 2013). Yön aikana makuuasennossa laskimoveren paluu sydämeen päin on helpompaa ja turvotus on aamulla vähäisempää (Iivanainen & Syväoja 2012, 334). Aamuisin turvotusta on vähemmän myös siksi, että makuulla ollessa veri ei ole vielä painovoiman vaikutuksesta päässyt takaisinvirtaamaan viallisten laskimoläppien lävitse ja laajentamaan laskimoita. Kompressiosidosta käytetään hoitosukan tavoin koko hereillä oloajan, mutta valtimoverenkierron riittäessä vähäelastista kompressiosidosta voi pitää myös öisin. (Duodecim 2013.)



Sidosrulla on useimmiten pituudeltaan 5 metriä ja leveydeltään 5–8 cm tai 10–12 cm. Tukisiteiden sopiva leveys ja määrä valitaan aina jalan muodon mukaisesti. Vähäelastisia tukisidoksia tulisi olla aina kaksi kappaletta, jo ensinnäkin sen vuoksi että yksi sidos harvemmin riittää pituudeltaan kovin turvonneen jalan sitomiseen varpaista polvitaiveeseen asti. Toisaalta kovin lyhyisiin ja hoikkiin sääriin voi hyvin riittää yksikin sidos. Jos käytetään kahta eri levyistä tukisidettä, sidonta aloitetaan kapeammalla siteellä. Säärien iho tulee huomioida ennen sidontaa ja herkkä iho kannattaa suojata putkiharsolla. Tämä myös edesauttaa sidoksen pysymistä paikallaan. Luu-ulokkeet ja kapenevat kohdat pehmustetaan esimerkiksi kipsinalusvanulla. Huolellinen pehmustaminen ehkäisee painehaavojen syntymistä. (Iivanainen & Syväoja 2012, 334.)

Sidontaa aloitettaessa nilkan tulee olla 90°:n kulmassa. Sidonta aloitetaan varpaiden tyvestä, niin että varpaat jäävät paljiksi. Kantapää peitetään ja lukitaan huolellisesti käyttäen jalan anatomiaan sopivia erilaisia kiertoja, kuten kantapäälukkoa. (Duodecim 2013.) Puristuksen tulee kohdistua nilkkaan, mutta liikoja kerroksia tulee välttää jotta potilaan liikkuminen ei vaikeutuisi. Nilkkaan on kuitenkin hyvä tulla 2-3 lievästi ylöspäin kohoavaa kerrosta. Sidonnan aikana huolehditaan että sidos kulkee tasaisesti ja siihen ei jää ryppyjä. Rulla tulee olla venytettynä koko sidonnan ajan, kuitenkin niin, että venytystä kevennetään hieman asteittain polvea lähestyttäessä. Huomioi että sidos ei saa kiristää liikaa tai aiheuttaa kipua. Anatomisessa sidonnassa säären alueella sidoksen suunnan määrää pohkeen anatomia. (Iivanainen & Syväoja 2008, 489.) Tässä sidontamallissa ensimmäiseen sidoskerrokseen voi jäädä aukkoja, sillä sidosta ei tulisi pakottaa kulkemaan pohkeen anatomian vastaisesti. Mahdolliset jääneet aukot peittyvät toisen sidoskerroksen alle. Runsaselastiset sidokset sidotaan tähkä tai spiraalimallilla (kuvio 2). Toinen sidos aloitetaan nilkasta ja sidotaan samaan tyyliin kevenevästi kohti polvea, kuin alimmainen sidos. Sidoksen oikea päättymiskohta on noin 2 cm, eli parin sormen leveys polvitaiveen alapuolella. Sidokset kiinnitetään teipillä, eikä tukisidoksien mukana tulevia metallihakasia tulisi käyttää ihon vaurioitumisriskin vuoksi.

Tukisidos ei saa estää potilaan liikkumista, eikä jalan verenkiertoa. Varsinkin ensimmäisellä hoitokerralla potilaalla olisi hyvä olla mukana kengät jotka eivät ole liian tiukat, tai joissa on säätömahdollisuus, jotta jalka tukisiteineen mahtuisi kenkään hyvin. Tärkeää on myös muistaa potilaan ohjaaminen ja motivoiminen. Sidos ei saisi haitata potilaan päivittäistä elämää ja sen tulisi tuntua miellyttävältä. Mikäli tukisiteet löystyvät päivän mittaa, tai ne joudutaan poistamaan esimerkiksi kivun vuoksi, tulisi jalkoja pitää koholla 10–15 minuuttia ennen uudelleen sitomista. Etenkin hoidon alkuvaiheessa sidontaa voi joutua uusimaan useammin turvotuksen laskiessa. (Hannuksela-Svahn, Hietanen & Nurminen 2015.)



Kuvio 2. Tukisidoksen sidontamalleja (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2007).

## 4.2 Liikunta ja asentohoito

Liikunta- ja asentohoito ovat tärkeä osa turvotuksen lääkkeetöntä hoitoa. Liikunta- ja asentohoidolla voidaan hoitaa sekä istumisesta ja seisomisesta johtuvia väliaikaisia turvotuksia, että kroonista turvotusta. Liikunta- ja asentohoito toimii hyvin myös turvotuksen ehkäisyssä.

Etenkin kroonisesta turvotuksesta kärsivien tulisi pitkillä auto-, lento- tai junamatkoilla jumpata jalkateriään ja välillä jaloitella, mikäli se on mahdollista. Pitkään paikallaan istuminen ei vain pahenna turvotusta, vaan se lisää myös laskimotokoksen riskiä. Kävely ja voimistelu edistävän jalkojen lihaspumpujen toimintaa ja siten edesauttavat laskimoiden verenkiertoa. Säännöllinen liikunta myös vahvistaa jalkojen lihaksia. Jalkoja voi jumpata esimerkiksi yksinkertaisella harjoitteella jossa nousee vuoroin varpaille, vuoroin kantapäille 15 kertaa peräkkäin muutaman kerran päivässä. Etenkin kroonisesta turvotuksesta kärsivien olisi hyvä harjoittaa myös asentohoitoa muutaman kerran päivässä. Potilas tällöin asettuu lepäämään selin makuulle, pitää jalat koholla ja polvet hieman koukussa. (Hannuksela-Svahn, Hietanen & Nurminen 2015.) Kohoasento on hyvä ensiapu myös vaikeasti turvonneen ja erittäin raajan hoitoon, tällöin raajaa tulisi pitää kohoasennossa vuorokauden ajan (Duodecim 2014). Äkillisesti etenkin liikunnan aikana alkavien turvotusten ensiapuna käytetään kolmen K:n periaatteen mukaisesti: kylmä, kompressio ja kohoasentoa.

## 5 POTILAAN OHJAAMINEN KIRJALLISEN MATERIAALIN AVULLA

Potilaita suullisesti ohjatessa emme vain siirrä tietoa, vaan me valitsemme sanat, ehkä painotamme joitakin asioita ja ehkä kyselemme potilaalta. Siksi myös potilasohjeessa ei ole tärkeää vain se mitä sanotaan, vaan myös se miten me sen sanomme. Potilasohjeen tehtävänä on samanaikaisesti välittää informaatiota, tuottaa merkityksiä ja kutsua ohjetta lukeva osallistumaan. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 11–12.) Potilasohjeella haluamme ennen kaikkea vaikuttaa, mutta jotta potilasohjeen merkitys olisi halutunlainen, tulee pohtia sitä keneen, mihin ja millä tasolla vaikutus kohdistuu. Näitä asioita pohtimalla syntyy hyvä potilasohje, joka parhaimmassa tapauksessa johtaa terveyskäyttäytymisen muutokseen.

Potilasohjeen kirjoittamiseen löytyy muutamia hyviä artikkeleita ja teoksia. Tuntuu kuitenkin, että potilasohjausta kirjallisen materiaalin avulla on viestinnän näkökulmasta tutkittu aika vähän. Kuitenkin kaikki teokset tuntuvat olevan yhtä mieltä eräistä seikoista jotka tekevät potilasohjeesta hyvän.

Potilasohjeessa tulee olla juoni, joka etenee loogisesti. Kaikki kerrotut asiat liittyvät siis toisiinsa. Tekstin juoni rakentuu pääasiassa sen ympärille mitä tekstissä halutaan sanoa. Yksi toimiva tekstin juonen rakenne on kertoa tärkeimmät asiat ensin ja siirtyä sitten vähäpätöisempiin. Heti alkuun kiteytetään potilaille tärkein tieto. (Hyvärinen 2005; Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 39.) Annetut ohjeet olisi aina hyvä perustella. Neuvojen noudattaminen on helppointa, silloin kun niiden mukaan toimiminen ei haittaa tavallista elämää. Mitä enemmän ponnisteluja potilaalta vaaditaan, sitä tärkeämpää on perustella ohjeet. Vaikka potilasohje voidaan rakentaa käskevään muotoon, perustelut tietävä potilas tietää myös itse miksi niin kannattaa tehdä. (Hyvärinen 2005; Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 38.) On myös olemassa potilasohjeen rakennetta koskevia yleisiä ohjenuoria. Otsikoiden tulisi olla informatiivisia ja tiivistää selkeästi se, mistä teksti kertoo. Teksti on parasta rakentaa havainnollistavaa yleiskieltä käyttäen, eli virkkeet ovat selkeitä ja kiinnitetään huomiota oikeinkirjoitukseen. Sanasto valitaan lukijan mu-

kaan, niin että potilaalle kirjoitettu teksti ei sisällä liian vaikeita tai epäselviä lääketieteellisiä ilmaisuja. Mikäli tällaisia termejä on kuitenkin pakko käyttää, ne tulisi aina selittää. Kuvitusta tulisi käyttää tekstin elävöittämiseksi, mikäli se on ohjeen kannalta olennaista. (Hyvärinen 2005; Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 39–46.) Varsinaista suoraa kaavaa potilasohjeen tekemiseen ei ole, mutta ohjeen olisi hyvä olla suhteellisen tiiviisti ja selkeästi rakennettu, josta olennaisin tieto on lukijan helposti löydettävissä.

Selkokielisessä potilasohjeessa on noudatettu myös yllä olevia ohjenuoria. Tämän lisäksi on käytetty selkokeskuksen määrittelemiä selkokielen ohjelinjoja. Selkojulkaisu on yleensä lyhyt ja rakenteeltaan se on yksinkertaista ja käsitteistöltään arkipäiväistä. Vaikeimmat sanat tulisi selkokielessä aina selittää ja teksti saisi olla havainnollistavaa. Harvinaisia sijamuotoja, liitepartikkeleja, passiivi- ja kieltomuotoja tulisi välttää. Virkkeet pidetään selkokielessä lyhyenä, tarvittaessa sivulauseita vältetään, mikäli ne hankaloittavat tekstin luettavuutta. (Virtanen 2009.)

Entä sitten kun potilas kieltäytyy hoidosta. Vaikka hoito on nykypäivänä aina potilaslähtöistä, mainittakoon että potilastyytyväisyystutkimuksissa vähäinen tiedon saanti on ollut yksi tyytymättömyyden kestoosyistä (Holopainen & ym 2013, 8). Sattumaako että samankaltaisia tuloksia saivat myös Annells, O'Neill ja Flowers (2008) tekemässään tutkimuksessa *Compression bandaging for venous leg ulcers: the essentialness of a willing patient*, jossa tutkittiin syitä, miksi kotisairaanhoidajat eivät käytä kompressiohoitoa osana alaraajahaavojen hoitoa. Tutkimuksessa suurin syy tukisidoshoidon hylkäämiseen oli potilaan suostumattomuus hoitoon. Kompromissiin hoidosta pääsivät helpommin kuitenkin ne hoitajat, jotka jaksoivat potilaan kieltäytymisen jälkeenkin kertoa kompressiohoidon hyödyistä ja yrittivät ymmärtää, miksi potilaat eivät halunneet aloittaa hoitoa. Tärkeäksi koettiin myös se, että hoitoa jatkettiin potilaan suostumuksien mukaisesti parhaalla mahdollisella tavalla.

Potilaan omaa hoitoa koskevien mielipiteiden kuuleminen on paitsi lainmukaisesti ja eettisesti oikein, se on myös hoidon parhaan lopputuloksen saavuttamiseksi

välttämätöntä. Potilaan hoitoon sitoutuminen voi kuitenkin riippua siitä, miten tärkeänä hän näkee hoitoaan koskevat ratkaisut ja luottaako hän ammattilaiseen. (Holopainen, Junntila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013, 28.) Vaikka jokin hoitomenetelmä olisi vahvankin tutkimusnäytön perusteella vaikuttava, voi hoidon lopputulos olla toivottua huonompi, jos potilas ei näe sen merkitystä osana omaa hoitoaan. Siksi potilaan näkökulman huomioimiseksi ammattilaisen tulisi kyetä perustelemaan hoidon eri vaihtoehtoja. (Holopainen ym 2013, 29.) Potilasohjauksessa sairaanhoitajan tehtäväksi jääkin hoidon perustelu ja jäljellejäävien hoitovaihtoehtojen selittäminen, etenkin silloin jos potilas ei suostu ensisijaiseen hoitoon.

Potilasta on myös hyvä rohkaista tuomaan esiin omat toiveensa ja odotuksensa. Vaikka potilaiden sitoutumista tukisidoshoitoon ei ole varsinaisesti tutkittu, on useissa eri tukisidos- ja sukka materiaalien käyttötutkimuksissa kysytty potilailta asioita, jotka saivat heidät kokemaan tukisidoshoidon miellyttävänä ja tarpeellisena. Esimerkiksi Powell, Wicks ja Willin (2015) tekemässä hoitosukkien hoitotulosten tutkimuksessa potilaat arvioivat, että yksi tärkein seikka hoidon onnistumisen kannalta oli se, että potilaat kokivat hoitosukkien ja haavanhoitojen sopivan heidän elämäntyyliinsä. Tällä taas tarkoitetaan sitä, että kompressiohoito ja haavanhoito eivät hankaloita tai hallitse liikaa potilaiden elämää.

Tärkeää on, että potilaalla on riittävästi tietoa eri vaihtoehtojen eduista ja mahdollisista haitoista. Riittävän tiedon välittäminen on terveydenhuollon velvollisuus ja tietoa voidaan välittää sekä suullisesti että kirjallisesti. Tämä tieto toimii perustana, josta potilas voi tehdä omaan elämäntilanteeseensa ja arvoihinsa sopivan päätöksen yhdessä ammattilaisen kanssa. (Holopainen ym 2013, 29.) Potilaat osallistuvat yhä enemmän omaan hoitoonsa ja käsitys potilaan itsemääräämisoikeudesta ja omatoimisuudesta osana terveydenhuoltoa on selkeästi muuttunut. Vaikka kirjalliset ohjeet eivät korvaa henkilökohtaista vuorovaikutusta, ovat ne usein henkilökohtaisen ohjauksen välttämätön täydennys. (Holopainen & ym 2013, 8.)

## 6 MENETELMÄT

### 6.1 Aineistonkeruu menetelmät

Työn aineistonkeruussa, analysoinnissa ja prosessoinnissa on käytetty näyttöön perustuvan hoitotyön käytäntöjä. Näytöllä tarkoitetaan parasta mahdollista saatavilla olevaa tietoa, jota on käytetty tämän työn tekemiseen ja siten potilaiden hoidon järjestämiseen (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013, 15). Aineistoa on pyritty keräämään arvioiden niiden näytön vahvuutta. Vahvan näytön aineistoa on esimerkiksi järjestelmällisiin katsauksiin koottu ja luotettavaksi arvioitu tutkimustieto (Holopainen ym 2013, 15).

Aineistonkeruumenetelmän valintaa ohjaa se, millaista tietoa etsitään ja millaisiin tutkimuskysymyksiin halutaan etsiä vastauksia (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Aineistonkeruumenetelmä voidaan muotoilla kysymyksiin sarjaan eli tutkimuskysymyksiin jotka ottavat myös kantaa siihen mistä ja miten aineistoa kerätään sekä konkretisoi sen, mitä kerätään. Aineistonkeruumenetelmä seuraa johdonmukaisesti tutkimusongelmia, sekä tutkimusmenetelmän ehtoja. (Kyrö, 2003.)

Tutkimuskysymyksiin pohjalta aineistoa on tähän opinnäytetyöhön kerätty tuoreimmista hoito- ja lääketieteen julkaisuista, hoito- ja lääketieteen tutkimuksista, hoitotieteiden artikkeleista, käypä-hoito suosituksista, hoitotieteiden sekä potilasohjeuksen oppikirjoista ja suosituksista, sekä harkinnanvaraisista Internetsivustoista. Aineistoa on kerätty sekä kirjoista että Internet lähteistä. Tietoa on kerätty ulkomaalaisista julkaisuista runsaasti siksi, että koin suomenkielisen lähdemateriaalin jäävän liian niukaksi riittävän runsaan teoriaperustan aikaansaamiseksi. Tutkimusaineiston luotettavuutta on arvioitu ja aineistoa on rajattu teoreettisen edustavuuden ehdoilla, eli on pohdittu onko aineiston yleistettävää. Olen pyrkinyt valitsemaan aineiston myös sen tieteellisen perustan ja julkaisuvuoden mukaan, sillä kovin vanhassa aineistossa piilee riski siihen että käsitykset ja toimintamallit ovat ehtineet muuttua lääketieteen nopean kehityksen mukana.

Aineisto on päädytty keräämään tällä tavalla, sillä laadullisessa tutkimuksessa käytetään yleensä harkinnanvaraista otantaa, eli aineisto on kerätty tutkittavaan ilmiöön sopivien kriteerien perusteella. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tavoitteena onkin usein jonkin ilmiön ymmärtäminen, ei tilastollisten yhteyksien etsiminen (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Tämä tarkoittaa sitä että tutkittavia yksiköitä ei myöskään valita kovin suurta määrää, joten tärkeämpää on aineiston laatu ja sen perusteellinen tutkimus. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston saatavuus ei ole yleensä suuri ongelma, koska perusjoukosta voidaan valita vain jollakin kriteerillä esimerkiksi tutkittavaa ilmiötä edustavia tapauksia (Kyrö, 2003.) Aineiston koolla on silti siinä määrin merkitystä että aineiston tulisi olla kattava suhteessa siihen millaista analyysia ja tulkintaa siitä aiotaan tehdä. Tällä tavalla saadaan parhaiten vastaukset tutkimuskysymyksiin sillä aineisto pyritään valitsemaan myös tarkoituksenmukaisesti ja teoreettisesti perustellen. (Eskola & Suoranta 1998, 18.) Aineistoa onkin kerätty siinä määrin että on koettu sen olevan riittävän laaja hyvän tietoperustan ja luotettavuuden kannalta.

## 6.2 Analysointimenetelmät

Aineiston analysointimenetelmän valintaan vaikuttavat aineistonkeruumenetelmät, tutkimusongelmat, sekä käytetyt tutkimusmenetelmät. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei yleensä ongelmana ole aineiston saatavuus, vaan tyypillisempi ongelma on tiedon syvyys ja laajuus, eli miten itse tiedon hankinnassa onnistutaan (Kyrö, 2003). Erityistä huomiota tulee kiinnittää juurikin siihen miten valikoitu aineisto analysoidaan.

Analyysilla tarkoitetaan empiirisessä tutkimuksessa aineiston lukemista huolellisesti, tekstimateriaalin järjestelyä, sisällön ja rakenteiden erittelyä, jäsentämistä ja pohtimista (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Aineistoa analysoidaan tutkimuskysymysten perusteella ja siten aineistoista valikoidaan tutkimuskysymysten avulla kaikkein oleellisimmat asiat. Analyysissa olen pyrkinyt määrittämään perusjoukon käsitteellisenä konstruktiona, josta on sitten valittu hoitoon sitoutumiseen, potilasohjaukseen, turvotukseen ja kompressiohoitoon sopivia tapauksia. Aineiston analyysissa on käytetty laadullista analyysiä, jolle on tyypillistä



induktiivinen päättely. Induktiivisessa päättelyssä pyritään tekemään yleistyksiä ja päätelmiä aineistosta nousevien seikkojen perusteella. (Eskola & Suoranta 1998, 65.) Tämä tarkoittaa oman työni kohdalla esimerkiksi sitä, että etsitään tietoa tukisidoshoidosta, turvotuksesta sekä potilasohjauksesta ja arvioidaan tiedon pätevyyttä vertailemalla niitä toisiinsa. Aineistoa pyritään myös tarkastelemaan monitahoisesti ja yksityiskohtaisesti nostoen siitä esiin merkityksellisiä teemoja (Eskola & Suoranta 1998, 65). Aineiston analysoinnissa on käytetty apuna myös luokittelua. Materiaalia on jaettu otsikoiden kuten ”Turvotuksen syyt”, ”Turvotuksien hoito”, ”Turvotuksen lääkkeetön hoito” ja ”Potilasohjaus” alle. Tämä on auttanut valikoimaan aineistosta työn päämäärien kannalta valideimmat tapaukset.

## 7 TYÖN TULOKSET

Opinnäytetyön tuloksia on arvioitu lähinnä yhteistyötahon palautteen, luotettavuuden arvioinnin ja oman pohdinnan kautta. Varsinaista työn toimivuuden arvioita ei voida kovin laajasti tehdä, sillä ei ole tietoa siitä miten potilasohjeet ja tuote toimii käytännössä. Potilasohje ei ole ollut käytössä ennen opinnäytetyön julkaisua tarpeeksi kauan, jotta sen toimivuutta voitaisiin perusteellisesti arvioida. Arvioinnissa on kuitenkin luotettu poliklinikan henkilökunnan ammattitaitoon ja kokemuksiin tukisidoshoidon ohjaamisesta.

Ennen opinnäytetyön julkistamista kävin useamman kerran keskustelemassa opinnäytetyöstä yhteistyötahon kanssa. Tapaamisissa käytiin läpi opinnäytetyön valmistumista ja sain opinnäytetyötä ja tuotetta koskevia korjausehdotuksia. Muutamia lauseita ja sanamuotoja muutettiin työn teoriaosuudesta sen selkeyttämisen vuoksi ja muutamia käsitteitä avattiin selkeämmäksi. Muuten suurin osa muutoksista tehtiin potilasohjeisiin ja niiden rakenteisiin. Potilasohjeen ensimmäinen versio oli tehty poliklinikan vanhan potilasohjeen pohjaa muotoillen. Ensimmäisestä potilasohjeversiosta muokattiin useita sanamuotoja. Asiapohja oli potilasohjeessa sinänsä kunnossa, mutta ohjeiden selkeyttämisen vuoksi tehtiin useita muutoksia. Samoin ensimmäiset kuvamateriaalit päädyttiin kuvaamaan uudestaan. Tällöin myös syntyi idea selkokielen potilasohjeen tuottamisesta, sillä poliklinikka koki että heillä on sellaista potilasmateriaalia joka voisi hyötyä selkokielisestä ohjeesta. Selkokielen ohjeen tuottamista ei ole tässä työssä käsitelty kovinkaan paljon, osittain työn rajaamisen ja tiukan aikataulutuksen vuoksi. Mainittakoon että selkokielen ohjeen tekemiseen on käytetty samoja perusteita ja teoriatietoa kuin ensimmäisenkin potilasohjeen tuottamiseen. Tämän lisäksi sen tekemisessä on käytetty selkokielen kirjoittajan oppaita ja materiaaleja esimerkiksi Selkokeskuksen papunet verkkosivun ohjeita. Selkokielisessä ohjeessa on selkokielen kirjoittamisen perusteiden mukaisesti käytetty suurta fonttikokoa, lyhyitä sekä selkeitä lauseita.

Työstä syntyi tiivis teoriapaketti. Tulee kuitenkin ottaa huomioon että tämäkään työ ei ole kaiken kattava, vaan teoriassa on käyty läpi muutamia yleisempiä turvotuksen syitä. Koska teoriaosiota on jouduttu graavisti rajaamaan, nousee kysymys siitä onko työhön saatu poimittua työn toimintaympäristön kannalta oleelliset asiat. Yhteistyötaho kertoi kuitenkin olevansa tyytyväinen työn teoriasältöön. Turvotusta hoitaessa hoitajan tulee kuitenkin aina olla tietoinen turvotuksen taustasyistä. Teoriatietoa turvotuksen lääkkeettömästä hoidosta voidaan pitää yleispätevänä ja koskevan kaikenlaisen alaraajaturvotuksen hoitoa. Tulee kuitenkin muistaa, että myös poikkeuksia on ja lääkäri on se taho joka päättää alaraajaturvotuksen hoitomuodosta. Työ on mielestäni myös yleistettävissä monenlaiseen ympäristöön, sillä työssä on käsitelty yleisiä turvotusta aiheuttavia sairauksia. Tukisidoshoidon käytetään laajasti sekä avohoidon että osastohoidon puolella.

Puutteelliseksi jää tieto siitä saavuttaako työ tavoitteensa potilaiden hoitoon sitoutumisen parantamisessa ja hoitoon liittyvien väärin käsityksien muuttamisessa. On vaikea sanoa ilman jatkotutkimuksia että kokevatko potilaat ohjeen helposti omaksuttavana, vaikka ohjeet ovatkin tehty potilasohjeiden suositusten mukaisesti. Ehkä potilasohjeen vaikuttavuuden tarkka arviointi on mahdotonta, sillä hoitoon sitoutumiseen vaikuttaa paljon se millaisen suullisen ohjauksen potilas on ohjeen rinnalle saanut.

### 7.1 Luotettavuuden arviointi

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuuteen vaikuttavat monet eri seikat. Yksi tutkimuksen luotettavuutta nostava seikka on triangulaation käyttäminen. Triangulaatiossa käytetään ja vertaillaan useita eri menetelmiä, tiedon lähteitä, teorioita ja tutkijoita. Tässäkin opinnäytetyössä on käytetty triangulaatiota ensisijaisesti käyttämällä eri tiedon lähteitä ja vertailemalla teorioita. Vaikka triangulaatio on menetelmänä hyvä, voi siinä ilmetä kuitenkin ongelma: kenen totuus on oikea, jos saadut tulokset ovat erilaisia. Tällöin on tärkeä selvittää missä eroavaisuuksia ilmenee ja miksi. (Willberg 2009.) Tässäkin opinnäytetyössä käytetyistä tutkimuk-

sista on pyritty löytämään niiden tulosten eroavaisuuksiin johtuneet syyt. Huomasin että tutkimuksien tuloksiin vaikutti esimerkiksi se kuinka tutkimuksen kesken lopettaneet henkilöt oli otettu huomioon tutkimuksen analyysissä. Joihinkin eroavaisuuksiin ei löytynyt selkeää syytä. Usein tällaisten aineistojen julkaisuajankoh- tien välillä saattoi olla useita, ellei kymmeniä vuosia. Tällöin päättelin että osa tiedosta saattoi olla vanhentunutta.

Kvalitatiivisessa aineiston analyysissä on käytetty induktiivista päättelyä ja ryhmittelyä. Aineistoa on teemoiteltu, jonka pohjalta nousi neljä suurempaa katego- riaa: turvotuksen syyt, turvotuksien hoito, turvotuksen lääkkeetön hoito ja potilas- ohjaus. Näiden kategorioiden alle on kustakin lähteestä lajiteltu ne osat jotka oli- vat kategorian teemojen mukaan valideimmat. Sen jälkeen jokaisen kategorian tietoja vertailtiin toisiinsa. Analyysissä on otettu huomioon myös havaintojen yleistettävyyden ongelma ja pohdittu onko aineisto riittävän kyllästynyttä. Aineis- ton evidenssin koin ainakin riittäväksi, sillä samoja teemoja käsitteleviä aineistoja löytyi paljon. Opinnäytetyön lähteissä on luonnollisesti mainittu vain ne teokset joista tietoa on lainattu. Tähän ei siis kuulu se aineisto jota on käytetty myös osana induktiivista päättelyä. Opinnäytetyön luotettavuutta olisi vielä enemmän nostanut se, jos kaikki vertailtu materiaali ja hakukoneilla tehdyt aineistohaut olisi tallennettu. Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttaa myös se, että suomalaisen kirjallisuuden rinnalla on käytetty kohtuullisen paljon ulkomaalaista tutkimustie- toa.

Opinnäytetyön luotettavuutta nostaa myös sen julkisuus. Opinnäytetyötä ja sen vaiheita on esitelty avoimesti sekä opinnäytetyöhön liittyvien seminaarien kautta, että yhteistyötahon kautta. Opinnäytetyön eri vaiheissa on käytetty myös hyö- dyksi kollegoiden tekemää arviointia, joka tässä tapauksessa tarkoittaa poliklini- kan ammattilaisten palautetta työstä. Olemme yhdessä yhteistyötahon kanssa keskustelleet opinnäytetyön sisällöstä ja sen etenemisestä. Opinnäytetyön eri etenemisvaiheista on myös pidetty julkista raporttia opinnäytetyön prosessiin liit- tyvissä seminaareissa.

## 8 POHDINTA

Idea potilasohjeesta syntyi yhdessä yhteistyökumppanini kanssa. Idea syntyi lähinnä omasta kokemuksestani. Minusta tuntui että käytössä olleet potilasohjeet eivät olleet riittäviä ja ne eivät tukeneet tarpeeksi suullista ohjausta. Olin myös huomannut sen, että joillakin hoitotyön ammattilaisilla tuntui olevan vähättelevä asenne tukisidoshoitoa kohtaan. Usein pohdinkin, että miten me voimme hoitotyön ammattilaisina ohjata potilaita ja kannustaa heitä hoitoonsa sitoutumiseen, jos meillä itsellämme on huono tietoperusta ja vielä huonompi asenne tätä hoitomuotoa kohtaan. Kyseessä on kuitenkin hoitomuoto jolla on erittäin vahva tutkimuksellinen näyttö siitä että se todellakin toimii. Tutkin ensin asiaa ihan omasta mielenkiinnostani, jonka jälkeen aloin pohtimaan että voisinko kantaa korteni kekoon myös jollakin muulla tavalla.

Idea siitä että itse opinnäytetyöni voisi toimia eräänlaisena tukisidoshoidon käsi-kirjana ammattilaisille, syntyi opinnäytetyön työstämisen aikana. Puhuttuani opinnäytetyöstäni työpaikoillani, useammalla osastolla heräsi kiinnostus työtäni kohtaan. Useampi hoitaja myös koki että uusin tieto tukisidoshoidon nykysuosituksista olisi tarpeen. Tästä sain idean rakentaa opinnäytetyöni teoriaosuuden siten että se olisi helposti käytettävissä myös työelämässä. Hyviä oppaita tukisidoshoidon toteuttamiseen toki löytyy jo valmiiksi, mutta itse koin että yhtenäinen teos jossa käsiteltäisiin tiiviisti turvotuksen taustasairauksia ja selitettäisiin vielä syvemmin kompression syntymekanismia ja käyttöä puuttui. Tämän työn teoriaosuudessa läpikäytyt sairaudet on valittu sen perustella, mitkä ovat työstäni kiinnostuneiden osastojen yleisimpiä turvotusta aiheuttavia sairauksia. Tämäkään teos ei siis ole kaiken kattava, mutta toivon että ne osastot jotka halusivat opinnäytetyöni käyttöönsä, saisivat tiiviin ymmärryksen siitä miten turvotus kussakin sairaudessa syntyy. Alaraajahaavat ovat käsitelty omana osionaan siksi, että ne kuuluvat poliklinikalla vahvasti yhteen tukisidoshoidon kanssa.

Ennen varsinaisen potilasohjeen tekemistä halusin koota riittävän hyvän tietoperustan. Itse potilasohje on suunnattu lähinnä Iho- ja allergiapoliklinikan käyttöön. Teoriaa on tähän työhön kerätty reilusti siksi, että halusin työn olevan sellainen

että siitä olisi työelämässä jotain hyötyä. Kun arvioin tietoperustan olevan riittävä, aloin työstää itse ohjetta. Ohjeen tekemisessä on suurimmaksi osaksi käytetty apuna teosta Potilasohjeet ymmärrettäväksi (Torkkola, Heikkinen & Tiainen, 2002). Potilasohjeen ulkoasu on kuitenkin tehty sairaanhoitopiirin yleistä potilasohjemallia muotoillen. Potilasohjeen valokuvia varten tutustuin muutamiin erilaisiin potilasohjeisiin, joissa oli myös käytetty valokuvia.

Iho- ja allergiapoliklinikka on ollut yhteistyössä kanssani koko opinnäytetyöprosessin ajan, ja olen saanut heiltä palautetta työn useammassa vaiheessa. Työ on tehty kirjallisuuskatsaustyypisesti, joten siihen ei ole tarvittu tutkimuslupaa. Poliklinikka saa itse päättää aikooko se käyttää valmista tuotetta tai se osia, ja on itse vastuussa sen käytöstä. Valmiin opinnäytetyön teoria ja potilasohjeosuudet toimitetaan halukkaille osastoille ja osastot ovat itse vastuussa potilasohjeen käytöstä ja tulostamisesta. Potilasohje luovutetaan poliklinikan käyttöön myös sähköisesti, ja poliklinikka vastaa itse ohjeen muokkaamisesta ja päivittämisestä.

Tämä opinnäytetyö on ollut prosessina vaativa, mutta myös mielenkiintoinen. Prosessia on varjostanut useampi tietotekninen katastrofi, jonka vuoksi olen joutunut prosessoimaan osan työstä ja materiaaleista useampaan kertaan. Toisaalta näistä katastrofeista on seurannut myös jotain hyvää, sillä hankittu aineisto on nyt analysoitu paljon syvällisemmin, joka on kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän kannalta yksi luotettavuutta nostava asia. Lisäksi opin erittäin tärkeän läksyn siitä että tallennan tärkeät työt aina useampaan kuin yhteen paikkaan.

Teoriatietoa kerätessäni ja analysoidessani en vain oppinut paljon uutta turvotuksesta ja sen hoidosta, vaan myös paljon tutkimuksesta ja tutkimusprosessista. Huomasin nopeasti käyttäväni sellaisia aineiston analyysimenetelmiä joista en ollut ennen edes kuullut. Eniten kuitenkin kehittyi tieteellisen tekstin lukutaito. Koko opinnäytetyö ja tutkimuksen tekeminen oli minulle prosessina hyvin uusi asia ja jouduin paljon opiskelemaan sitä miten eri vaiheiden välillä edetään. Aikaisemmin myös ajattelin että minusta ei ikinä tulisi tutkijaa, mutta tämä prosessi kaikkine mielenkiintoisine käänteineen on sytyttänyt minussa pienen mielenkiinnon tutkimusta ja tutkimuksia kohtaan. Uskon kuitenkin, että vaikka tulevaisuudessa en tekisikään tutkimuksia, niin tämä prosessi auttaa ja rohkaisee minua

käyttämään tutkimustietoa osana näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja siten myös ylläpitämään omaa tietämystä ja ammattitaitoa.

## LÄHTEET

- Annells M; O'Neill J & Flowers C 2008. Compression bandaging for venous leg ulcers: the essentialness of a willing patient. Royal District Nursing Service, Helen Macpherson Smith Institute of Community Health & La Trobe University, St Kilda, Victoria, 3182, Australia. Journal of Clinical Nursing (J CLIN NURS), Feb2008; 17(3): 350-359. (10p)
- Cullum N, Nelson EA, Fletcher AW, Sheldon TA. Compression for venous leg ulcers. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 2. Art. No.: CD000265. DOI: 10.1002/14651858.CD000265.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. C, Katsauksia ja aineistoja 17. Verkkojulkaisuna: <http://www.diak.fi/opiskelu/opinnaytetyo/Documents/Kohti%20tutkivaa%20ammattikäytäntöä.pdf>.
- Duodecim 2007. Tukisidoksen sidontamalleja. Viitattu 14.3.2016. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=imk00214](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=imk00214)
- Duodecim 2013. Jalkojen turvotus. Lääkärin käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Duodecim 2014. Krooninen alaraajahaava. Käypä hoito suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Ebeling, Pertti 2013. Systeemisairaus alaraajaturvotuksen syynä. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 129(17):1843-7. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Ellonen, Markku & Lommi, Jyri 2013. Sydämen krooninen vajaatoiminta. Lääkärin käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Elwell, Rebecca Macmillan 2015. Compression bandaging for chronic oedema: applying science to reality. British Journal of Community Nursing. Supplement Innovations in Compression for Chronic Oedema; S4-7. (1p).
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.



- Hampton S 2007. Lymphoedema of the lower limb. Tissue Viability Consultant, Tissue Viability Consultancy Services, Eastbourne. Journal of Community Nursing (J COMMUNITY NURS), Aug2007; 21(8): 16-20. (3p)
- Hannuksela-Svahn, Anna; Hietanen, Helvi & Nurminen, Pirjo 2015. Alaraajaturvotuksen kompressiohoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Harjola, Veli-Pekka 2013. Syvä laskimotukos. Lääkärin käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Holopainen, Arja; Juntila, Kristiina; Jylhä, Virpi; Korhonen, Anne & Seppänen, Salla 2013. Johda näyttöön käyttöön hoitotyössä. Helsinki: Fioca oy.
- Honkala Virpi 2013. Alaraajan laskimoiden vajaatoiminta. Lääkärin käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hsu, Chung-Yin; Hsieh, Ping-Lun; Hsiao, Shu-Fang & Chien, Meng-Yueh 2015. Effects of Exercise Training on Autonomic Function in Chronic Heart Failure: Systematic Review. BioMed Research International. 10/12/2015, Vol. 2015, p1-8. 8p.
- Hyvärinen, Riitta 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2005;121(16):1769-73. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Iivanainen, A. Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. 7.uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Iivanainen, A. Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. 1. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Kaur, Charandeep; Sarkar, Rashmi; Kanwar, Amrinder; Attri, Ashok; Dabra, Ajay & Kochhar, Suman 2003. An open trial of calcium dobesilate in patients with venous ulcers and stasis dermatitis. International Journal of Dermatology. Feb2003, Vol. 42 Issue 2, p147-152. 6p.
- Kyrö, Paula 2003. Tieteellinen tutkimusprosessi. Viitattu 9.11.2015. <https://metodix.wordpress.com/2014/05/17/kyro-paula-tieteellinen-tutkimusprosessi/>

- Lassila, Riitta; Halinen, Matti & Tarnanen, Kirsi 2010. Laskimotukos ja keuhkoembolia (veritulppa). Käypä hoito. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Liukkonen, Irmeli; Saarikoski, Riitta & Stolt, Minna 2012. Alaraajaturvotuksen syyt, ehkäisy ja tunnistaminen. Terveet jalat. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Machet L, Couche C, Perrinaud A, Hoarau C, Lorette G, Vaillant L. A high percentage of sensitization still persists in leg ulcer patients: a retrospective series of 106 patients tested between 2001 and 2002 and a meta-analysis of 1975-2003 data. *Br J Dermatol* 2004; 150:929-35.
- Malanin, Ken 2006. Alaraajahaavat. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2006;122(17):2145-50. Helsinki, Kustannus Oy Duodecim.
- Moffatt C & Partsch H 2012. Foreword. In: Glover D. ed, *Compression Therapy: A Position Document on Compression Bandaging*. International Lymphoedema. Framework in Association with the World Alliance for Wound and Lymphoedema. Care: 4.
- Powell, Gail; Wicks, Gill & Will, Katrin 2015. Managing venous leg ulcers using compression therapy and dressings. *British Journal of Nursing (BR J NURS)*, 2015. Tissue Viability Supplement; 24: S42-9. (1p)
- Rantasaari, Jukka; Laitinen, Markku & Pitkänen, Jukka 2005. MITÄ-MILLOINMIKSI-tiedonhankinta tutkimuksen perustan rakentamisena. Päijät-Hämeen koulutus konserni. Viitattu 14.3.2016. <http://www.lpt.fi/tietokeskus/tiedonhankinta/index.htm>
- Saarelma, Osmo 2013. Turvotus. Lääkärikirja Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto (verkkojulkaisu). Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 29.11.2015. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus>.
- Salavastru, C., Nedelcu, L. & Țiplica, G-S 2012. Management of leg ulcers in patients with chronic venous insufficiency: the experience of a Dermatology Clinic in Bucharest, Romania. *Dermatologic Therapy*. Jul/Aug2012, Vol. 25 Issue 4, p304-313. 10p.

- Schiller, Alicia M; Pellegrino, Peter R & Zucker, Irving H 2015. The renal nerves in chronic heart failure: efferent and afferent mechanisms. *Frontiers in Physiology*. Aug2015, p1-7. 7p.
- Suomen Vodder-Lymfaterapeutit ry. Viitattu 7.11.2015. <http://www.lymfa.net/faktoja>.
- Torkkola, Sinikka; Heikkinen, Helena & Tiainen, Sinikka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväiksi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuuliranta, Mikko; Aittola, Voitto; Kunnamo, Ilkka; Mustonen, Paula; Roth, Wolf-Dieter; Saarinen, Jukka; Lehtola, Aarno & Vaalasti, Annikki 2003. Alaraajojen laskimoiden vajaatoiminta. Käypä hoito -suositus. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 119(6):560-572.
- Turunen H, Lyytinen H. Perimenopaussi ja hormonihoito *Suomen Lääkärilehti* 2014; 69(19): 1395–1401.
- Vaalasti, Annikki, 2007. Turvotuksen estohoitoimenetelmät. Näytönastekatsaus. *Suomalainen lääkärisseura Duodecim*. Viitattu 27.11.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=55EA7D5C8B567C5E98B8CFFB8E2CD975?id=nak05932>
- Virtanen, Hannu 2009. Selkokielen käsikirja. Kehitysvammaliitto ry., Opikse 3.
- Willberg, Eeva 2009. Laadullisen aineiston luotettavuus. *Kasvatustieteiden laitos*. Viitattu 1.2.2016. <https://www.jyu.fi/edu/laitokset/eri/opiskelu/opiskelu-info/prosem/laadullinen>
- World Health Organization 2003. Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen - Näyttöä toiminnan tueksi. Helsinki, Lääketietokeskus Oy. Viitattu 27.11.2015. [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report\\_fin.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report_fin.pdf)

LIITE 1. Potilasohje

LIITE 2. Potilasohje selkokielellä

## Potilasohje

### Tukisiteiden käyttöohje

Lääkäri on määrännyt teille tukisidoshoidon estämään jalkojen turvotusta. Turvotuksenestohoito on pysyvä hoitomuoto. Tukisiteitä pidetään joka päivä koko hereillä oloajan.

Pukekaa vähä- tai runsaselastiset tukisiteet aamulla ennen jalkeille nousua, jolloin turvotus jaloissa on vähäisintä. Mikäli tukisiteet sidotaan jalkeille nousemisen jälkeen, jalkoja pidetään koholla 10–15 minuuttia ennen sitomista. Vähäelastisia tukisiteitä voi pitää myös yön yli. Runselastiset siteet otetaan aina yöksi pois.

Siteet tulee sitoa uudelleen, mikäli ne löystyvät, eivät pysy paikoillaan tai aiheuttavat kipua. Siteet saattavat aluksi tuntua epämiellyttäviltä turvotuksesta johtuen, mutta se ei ole este tukisidoshoidolle. Luiset kohdat voi pehmustaa esimerkiksi kipsivanulla.

Kumpaankin jalkaan sidotaan kaksi tukisidettä. Ensimmäinen side sidotaan aloittaen varpaiden tyvestä edeten polvea kohti. Toisen siteen sidonta aloitetaan nilkasta. Siteiden tulee myötäillä jalan omaa muotoa ja sidokseen ei saa jäädä ryppyjä tai löysiä kohtia. Sidoksen päättymiskohta on kaksi sormenleveyttä polvitaipteen alapuolella. Katsokaa erillinen ohje.

Voitte liikkua normaaliin tapaan tukisiteiden kanssa. Liikkuminen tehostaa tukisidoshoidon vaikutusta.

Tukiside kestää päivittäisessä käytössä noin 6 kuukautta, jonka jälkeen sen kimmoisuus vähenee. Siteet tulee siksi vaihtaa uusiin säännöllisesti. Tukisiteitä voi ostaa apteekeista tai verkkokaupoista.

### Yhteystiedot

Iho-ja allergiapoliklinikka, arkisin klo 8-14 puh. 03 629 2437



1. Hoida ja rasvaa iho ennen sidoksen sitomista. Suojaa iho tarvittaessa putkisidoksella.
2. Aloita tukisiteen sitominen varpaiden tyvestä. Sidonta aloitetaan jalkaterän ulkoreunalta. Pidä nilkka 90 asteen kulmassa. Pidä sidettä tasaisesti venytettynä koko sidonnan ajan, älä kuitenkaan venytä sidosta liikaa.
3. Huolehdi että sidokseen ei jää löysiä kohtia eikä ryppyjä.
4. Kierrä sidos ensin jalkaterän ympäri 1-2 kertaa. Peitä kantapää, kierrä sitten rulla nilkan takaa ja sitten kantapään alta lukitsemaan sidos ja peittämään aukot. Huolehdi että side peittää kantapään ja nilkan hyvin. Sidoksen tulee olla tukevin nilkan kohdalta.



5. Jatka sidontaa nilkasta ylöspäin polvea kohti, jalan muotoa myötäillen. Säären alueelle saa tässä vaiheessa jäädä aukkoja. Ensimmäinen side päättyy 1-2 sormenleveyttä polven alapuolelle. Kiinnitä sidos teipillä.

6. Aloita toisen siteen sitominen nilkasta ylöspäin päättyen noin 1-2 sormenleveyttä polven alapuolelle. Tämä side peittää ensimmäisen siteen mahdolliset aukot. Kiinnitä teipillä.



7. Sidoksen tulee olla napakka. Luiset kohdat voi pehmustaa esim. kipsivanulla. Tarvittaessa sidos uudelleen, jos sidos aiheuttaa kipua tai on löystynyt.

## **Tukisidoksien käyttöohje.**

Lääkäri on määrännyt sinulle tukisiteet. Tukisiteillä hoidetaan turvotusta ja jalkojen haavoja.

Tukisiteet puetaan ensimmäiseksi aamulla. Tukisiteitä pidetään koko päivän ajan. Tukisiteet voi ottaa yöksi pois.

Kumpaankin jalkaan laitetaan kaksi sidosta. Ensimmäinen sidos aloitetaan varpaiden tyvestä. Ensimmäinen sidos loppuu ennen polvea. Kiinnitä sidos teipillä. Toinen sidos aloitetaan nilkasta. Toinen sidos loppuu kaksi sormenleveyttä ennen polvitaivetta. Sidoksen tulee olla rypytön ja aukoton. Katso erillinen ohje.

Sidos ei saa haitata liikkumista. Poista sidos jos se on löysä tai se valuu. Poista sidos myös jos se aiheuttaa kipua. Sidos tulee sitten sitoa uudelleen. Pidä jalkoja kohoasennossa 10 minuuttia ennen sitomista. Uudet sidokset tulee ostaa 6 kuukauden välein. Tukisidoksia saa ostaa apteekista.

Hämeenlinnan sairaalan Iho- ja allergiapoliklinikan puhelinnumero on 03 629 2425. Hoitaja on paikalla arkisin kello 8-14.