

Niina Eskelinen, Marika Kinnunen & Jenna Kossi

KOMPRESSIOHOITO LASKIMOVAJAATOIMINNAN HOIDOSSA

Hoitotyön opiskelija kompressiohoidon sidontatekniikoita opettelemassa

KOMPRESSIOHOITO LASKIMOVAJAATOIMINNAN HOIDOSSA

Hoitotyön opiskelija kompressiohoidon sidontatekniikoita opettelemassa

Niina Eskelinen
Marika Kinnunen
Jenna Kossi
Opinnäytetyö
Kevät 2019
Hoitotyön tutkinto-ohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön tutkinto-ohjelma, sairaanhoitaja

Tekijät: Niina Eskelinen, Marika Kinnunen & Jenna Kossi

Opinnäytetyön nimi: Kompressiohoito laskimovajaatoiminnan hoidossa: Hoitotyön opiskelija kompressiohoidon sidontatekniikoita opettelemassa

Työn ohjaaja: Nina Männistö ja Pirkko Sandelin

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2019

Sivumäärä: 33 + 2

Tämän toiminnallisen opinnäytetyöprojektin tarkoituksena oli tuottaa opetusvideo kompressiohoidon sidontamalleista Oulun ammattikorkeakoulun käyttöön. Tavoitteena oli mielenkiintoinen ja selkeä opetusvideo, jonka sisältö tukee hoitotyön opiskelijan oppimista. Lisäksi tavoitteenamme oli, että hoitotyön opettajat voivat hyödyntää opetusvideota omassa opetuksessaan ja, että hoitotyön opiskelijat voivat hyödyntää opetusvideota kompressiohoidon sidontatekniikoiden opettelemisessa.

Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Oulun ammattikorkeakoulu. Aiheen opinnäytetyölle saimme hoitotyön lehtorilta, jolla oli tarve kompressiohoitoon liittyvälle opetusmateriaalille. Havaitsimme käytännön harjoitteluissa ikääntyneiden ihmisten kotisairaanhoidossa sekä sairaaloiden vuodeosastoilla, että hoitohenkilökunnan laskimovajaatoimintaan ja alaraajaturvotuksen hoitoon liittyvässä teoriaosaamisessa oli puutoksia.

Opinnäytetyön tietoperusta koostuu laskimovajaatoiminnan määrittelystä, oireista, diagnosoinnista sekä hoidosta kompressiohoidolla. Opetusvideo on käsikirjoitettu opinnäytetyön tietoperustaan pohjautuen. Opetusvideo on kuvattu Oulun ammattikorkeakoulun Kontinkankaan kampuksella hoitotyön luokassa. Opetusvideosta kerättiin palautetta 20:lta opiskelijalta, joista suurin osa arvioi opetusvideon selkeäksi, mielenkiintoiseksi ja oppimista tukevaksi.

Jatkoaiheiksi esitämme opinnäytetyöprojekteiksi opetusvideon laatimista kompressiohoidossa hyödynnettävän painemittarin käytöstä sekä työelämään suuntautuvaa koulutusta, jonka avulla hoitotyön ammattilaisia koulutettaisiin kompressiohoidon toteuttamisesta käytännössä.

Asiasanat: alaraajaturvotus, kompressiohoito, kompressiosidonta, kompressiosidos, laskimovajaatoiminta, laskimoverenkierto, turvotus

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Nursing

Authors: Niina Eskelinen, Marika Kinnunen & Jenna Kossi

Title of thesis: Compression Therapy as a Treatment of Venous Insufficiency: A nursing student learning how to implement compression binding techniques

Supervisors: Nina Männistö and Pirkko Sandelin

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2019 Number of pages: 33 + 2

This project was initiated to produce a thesis with an educational video for Oulu University of Applied Sciences to use as a teaching material. The aim of this practice-based thesis was to produce a high-quality educational video concentrating on ways to implement compression binding. The educational video was planned to fulfill expectations of distinct structure, interesting content and being instructive for nursing students to use alongside practicing compression binding.

This project was carried out due to the request of Oulu University of Applied Sciences. The exact subject for this thesis was given by a lector as she needed teaching material concerning compression therapy. During our periods of experience, we noticed that some nursing professionals had deficiency in the knowledge concerning compression therapy and treatment of venous insufficiency.

The theory base of this thesis is consisted of defining venous insufficiency, what kind of symptoms venous insufficiency causes and how it is being diagnosed and treated. The educational video was planned and the manuscript was written basing on the theory base. The filming location for the educational video was a classroom of nursing in Kontinkangas Campus. We received feedback of the educational video from 20 nursing students which reviewed the video to be interesting, well-structured and instructive to be used in practicing compression binding.

As further topic for a future thesis project we suggest some students to plan and produce an educational video about pressure measurement used in compression therapy and compression binding. Another topic could be for some students to plan and produce a training material package to be used in training health care professionals about compression therapy and compression binding.

Keywords: lower limb edema, compression therapy, compression binding, pressure bandage, venous insufficiency, venous circulation, edema

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	PROJEKTIN TAUSTA JA TAVOITTEET	8
3	LASKIMOVAJAATOIMINNAN DIAGNOSOINTI JA HOITO.....	9
3.1	Laskimovajaatoiminnan aiheuttajat, riskitekijät ja oireet.....	9
3.2	Laskimovajaatoiminnan tutkiminen, diagnostiikka ja kliininen luokittelu	10
3.3	Laskimovajaatoiminnan hoito kompressiosidoksilla	12
3.3.1	Komplisoitumattoman laskimovajaatoiminnan hoito	14
3.3.2	Komplisoituneen laskimovajaatoiminnan hoito	15
3.3.3	Kompressiosidonta	16
3.3.4	Sidontamallit	18
3.4	Potilaan sitouttaminen kompressiohoitoon.....	21
4	PROJEKTINA TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ	22
4.1	Projektin käynnistyminen, kohderyhmä ja hyödynsaajat.....	22
4.2	Projektiorganisaatio.....	22
4.3	Projektin toteutus	23
4.3.1	Laadukas opetusvideo.....	24
4.3.2	Opetusvideon käsikirjoitus	24
5	PROJEKTIN ARVIOINTI	26
5.1	Projektityöskentelyn arviointi.....	26
5.2	Opetusvideon arviointi.....	27
6	POHDINTA	29
	LÄHTEET.....	31

1 JOHDANTO

European Wound Management Associationin eli EWMA:n mukaan kompressiota on käytetty useiden vuosisatojen ajan alaraajojen turvotuksen sekä muiden laskimoperäisten ja lymfaattisten häiriöiden hoidossa (EWMA 2003, viitattu 17.4.2018). Lähes puolet aikuisväestöstä kärsii jonkinasteisesta laskimovajaatoiminnasta alaraajoissa. Laskimovajaatoiminta voidaan diagnosoida kliinisesti tai ultraäänitutkimuksella. (Juutilainen & Hietanen 2012, 266.)

Hyvin toimivan laskimoverenkierron edellytyksiä ovat laskimoissa sijaitsevat laskimoläpät, jotka estävät veren paluuvirtauksen alaspäin sekä pohjelihasten muodostama lihaspumppu, joka supistuessaan työntää verta kohti sydäntä. Laskimoläpät ja lihaspumppu yhdessä pitävät yllä laskimoverenkiertoa ja niiden yhteisvaikutus on keskeistä laskimopaluuverenkierron toiminnalle. Laskimovajaatoiminnasta puhutaan, jos laskimoverenkierto häiriintyy ja jos läppien ja/tai lihaspumpun toiminnassa on häiriöitä tai vaurioita. Laskimovajaatoiminta aiheuttaa keskimäärin yli 80 % kroonisista eli pitkäaikaisista säärihaavoista. (Juutilainen ym. 2012, 266; Stolt, Flink, Saarikoski & Väyrynen 2017, 104.)

Laskimovajaatoimintaa sairastavan potilaan hoidon tavoitteena on elämänlaadun parantuminen, turvotuksen ja kivun vähentäminen, säärihaavan parantumisen edistäminen sekä haavan uusiutuminen estäminen. Laskimovajaatoiminnan sekä sen vuoksi aiheutuneiden säärihaavojen hoidon yksi tärkeimmistä menetelmistä on kompressiohoito, jossa hoitovälineinä käytetään erilaisia tukisidoksia tai lääkinällisiä hoitosukkia. Kompressiohoito perustuu raajaan sidoksilla tai sukilla aikaansaatuun puristukseen, joka alkaa voimakkaimpana nilkasta ja vähenee polvea kohti. (Hietanen, Iivanainen & Seppälä 2002, 147; Juutilainen ym. 2012, 285.)

Päätimme ryhtyä tekemään opinnäytetyötä kompressiohoidosta laskimovajaatoiminnan hoidossa havaittuamme, että koulussamme oli hyvin vähän opetusmateriaalia kompressiohoidosta sekä siihen liittyvistä menetelmistä. Olemme suorittaneet opintoihimme kuuluvia harjoittelujaksoja ikääntyneiden ihmisten kotisairaanhoidossa sekä sairaaloiden vuodeosastoilla, joissa havaitsimme hoitohenkilökunnan tietämyksessä puutoksia laskimovajaatoiminnan sekä turvotuksen hoidossa.

Keskitymme opinnäytetyössämme kompressiosidoksilla toteutettuun kompressiohoitoon. Kompressiohoidon alkuvaiheessa tukisidokset ovat tukisukkia

suositeltavampia, koska jalan ympärystä muuttuu turvotuksen vähetessä nopeasti. Tällöin tukisukka voi jäädä nopeasti liian löysäksi. Tukisidoksella voidaan mukailla jalan muuttuvaa ympärystää paremmin ja aikaansaada riittävä kompressio hoidon aikana jalan ympärysmittan muuttumisesta huolimatta. (Iivanainen & Syväoja 2016, 331.)

Lisäämällä sairaanhoitajien tietämystä kompressiohoidon tärkeydestä ja hyödyistä laskimovajaatoiminnan hoidossa voidaan mahdollisesti myötävaikuttaa terveydenhuollon kustannuksiin pitkällä aikavälillä. Laskimovajaatoiminta hoitamattomana tai huonosti hoidettuna johtaa laskimoperäisiin säärihaavoihin, jotka vaativat pitkäaikaisia hoitjaksoja, ja joiden hoitaminen on kallista (Halmesmäki, Eskelinen, Isoherranen & Saarinen 2017, viitattu 16.4.2018). Ajoissa aloitetulla ja hyvin toteutetulla kompressiohoidolla voidaan ennaltaehkäistä säärihaavojen syntyä ja edesauttaa säärihaavojen paranemista (Hannuksela, Peltonen, Reunala & Suhonen 2011, 137).

Opinnäytetyömme toimeksiantajana on Oulun ammattikorkeakoulun lehtori Nina Männistö. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli suunnitella ja tuottaa opetusvideo kompressiohoidossa käytettävien tukisidosten sidontatavoista Oulun ammattikorkeakoulun käyttöön. Tavoitteenamme oli mielenkiintoinen ja selkeä opetusvideo, jota hyödyntämällä hoitotyön opiskelijat voivat opetella kompressiohoidon sidontamallien tekemistä.

Oulun ammattikorkeakoulussa hoitotyön tutkinto-ohjelmassa kliinisen hoitotyön opintojaksoilla käytetään lähiopetuksen lisäksi opetusmenetelmänä myös etäopiskelua. Verkko-opetuksessa luentotalenteiden lisänä oppimista tehostavat opetusvideot, jotka helpottavat opeteltavien aiheiden konkretisoitumista opiskelijalle (Bell & Bull 2018, viitattu 19.4.2018).

2 PROJEKTIN TAUSTA JA TAVOITTEET

Projekti on suunniteltuun päämäärään tähtäävä, eri tehtävien ja vaiheiden muodostama kokonaisuus, jonka laajuus ja aikataulu ovat ennalta rajatut. Projektin toteutuksesta vastaa yleensä useampi henkilö, joita yksi päävastuullinen koordinoi. Projektin toteutuksen ajaksi yleensä perustetaan väliaikainen organisaatio eli projektiryhmä, jonka toiminnassa yhteistyö, joustavuus ja avoimuus korostuvat. (Kymäläinen, Lakkala, Carver & Kamppari. 2016, viitattu 8.1.2019.)

Projekti voi kohdistua esimerkiksi tuotteeseen, palveluun tai toimintatapaan. Projektityyppejä ovat esimerkiksi tutkimus- ja tuotekehitysprojektit. Akateemisessa ympäristössä projektiksi katsotaan muun muassa oppikirja- ja opinnäytetyöprojektit. Projektin tyypillisimmät vaiheet ovat perustaminen, suunnittelu, toteutus ja päättäminen, jotka yhdessä muodostavat projektin elinkaaren. Projektille määritellään tavoitteet, joiden avulla ennalta suunniteltua lopputulosta tavoitellaan. Tavoitteena voi olla esimerkiksi tulos tai olotila, jonka saavuttamista tavoitellaan suunnitelluin menetelmin ja suunniteltuna ajankohtana. Parhaimmillaan saavutettu tulos on ratkaisu toimeksiantajan ongelmaan. (Kymäläinen ym. 2016, viitattu 8.1.2019.)

Toiminnallisen opinnäytetyömme tarkoituksena oli laatia Oulun ammattikorkeakoulun hoitotyön opettajien käyttöön opetusvideo kompressiohoidon sidontatekniikoista. Tavoitteenamme oli, että hoitotyön opettajat voivat hyödyntää opetusvideota omassa opetuksessaan. Lisäksi tavoitteenamme oli, että hoitotyön opiskelijat voivat hyödyntää opetusvideota kompressiohoidon sidontatekniikoiden opettelemisessa. Asetimme opetusvideolle laadullisia tavoitteita, joiden toteutumista arvioimme eräälle opiskelijaryhmälle teettämällämme lyhyellä kyselyllä (liite 1). Tavoitteenamme oli laatia laadukas, mielenkiintoinen, selkeä sekä oppimista tukeva opetusvideo.

Asetimme itsellemme oppimistavoitteeksi perehtyä laskimovajaatoiminnan hoitoon kompressiosidoksilla. Oppimistavoitteena oli perehtyä aiheen teoriaan siten, että osaamme tulevaisuudessa valmiina sairaanhoitajina ohjata ja motivoida potilaita oikein alaraajaturvotuksen hoidossa kompressiosidoksilla.

3 LASKIMOVAJAATOIMINNAN DIAGNOSOINTI JA HOITO

Ihmisen laskimojärjestelmä muodostuu syvistä ja pinnallisista laskimoista, jotka yhdistyvät toisiinsa yhdyslaskimoiden avulla. Laskimoissa sijaitsevat läpät estävät veren takaisinvirtauksen ja edistävät paluuvirtausta. Toimivien laskimoläppien lisäksi myös alaraajojen lihaksistolla on tärkeä merkitys laskimopaluujärjestelmän ylläpidossa. Liike pitää lihaksiston toiminnassa ja tällöin liikkeessä lihaksisto toimii alaraajojen laskimopumppuna. (Saarikoski, Stolt & Liukkonen 2012, viitattu 28.3.2018.)

Terveet ja hyvin toimivat laskimot pitävät yllä veren kuljetusta sydämeen. Ihmisen liikkeessa pohjelihakset supistuvat toimien näin lihaspumppuina puristaen verisuonia, ja tehostaen laskimoläppien toimintaa. Alaraajojen heikon lihaksiston aiheuttaman heikentyneen lihaspumpputoiminnan seurauksena laskimopaine kohoaa, laskimot laajenevat ja täyttyvät. Tästä seuraa laskimoläppien sekä laskimoseinämien vaurioitumista, mikä aiheuttaa toimintahäiriötä laskimopaluuseen. Veren kertyminen alaraajoihin aiheuttaa niihin laskimovajaatoiminnan oirekuvaan kuuluvaa turvotusta. (Vikatmaa 2012, 6.)

Laskimovirtaus heikkenee pitkään jatkuneen liikkumattomuuden seurauksena, sillä paikallaan seisominen tai istuminen kuormittavat laskimoläppien rakenteita sekä heikentävät lihaspumpun toimintaa. Laskimoseinämät veltostuvat kuormittumisen seurauksena, jolloin laskimoläpät alkavat vuotaa vajaatoiminnan seurauksena ja näin veri pääsee virtaamaan takaisinpäin. (Saarikoski ym. 2012, viitattu 28.3.2018.)

3.1 Laskimovajaatoiminnan aiheuttajat, riskitekijät ja oireet

Alaraajojen laskimovajaatoiminta on aikuisväestön tavallinen, pitkäaikainen ja usein etenevä sairaus, jonka perimmäistä syytä ei tiedetä. Laskimovajaatoiminta voi ilmetä pinnallisissa tai syvissä laskimoissa. Pinalaskimoiden vajaatoiminnan tavallisin havaittavain oire on suonikohjut. Syvien laskimoiden vajaatoiminnan taustalla on usein aiemmin sairastettu laskimotukos. Aloitettava hoito suunnitellaan sen mukaan, minkälaisesta vajaatoiminnasta on kysymys. (Tarnanen, Saarinen & Mattila 2017, viitattu 5.2.2018.)

Naisilla laskimovajaatoiminta on yleisempää kuin miehillä, sillä naissukupuoli, hormonaaliset tekijät ja raskaudet lisäävät laskimovajaatoimintaan sairastumisen riskiä. Muita riskiä lisääviä tekijöitä ovat muun muassa synnyttäminen laskimoläppien heikkous, ylipaino, pinnallinen tai syvä laskimotukos, imusuoniston vauriot sekä tietyt sairaudet kuten sydämen vajaatoiminta. (Tarnanen ym. 2017, viitattu 5.2.2018.)

Laskimovajaatoiminnan aiheuttamia oireita ovat alaraajojen turvotus, särky ja kiristykseen tunne, suonenvedot, raajojen väsyminen ja puutuminen, ihon värimuutokset, kutiava ihottuma, suonikohjujen aiheuttamat esteettiset haitat, ihonalaisen kudoksen kovettuminen ja arpeutuminen. Piilevänä vallitsevan laskimovajaatoiminnan ensimmäinen oire voi joillakin olla säärihaava. Kuitenkaan edellä mainitut laskimovajaatoiminnan oireet eivät kutinan, turvotuksen, kiristykseen tunteen ja väsymisen suhteen ole spesifisiä. Kokonaiskuvan muodostaminen potilaan kokemien oireiden perusteella on olennaista, jotta voidaan poissulkea muut vastaavia oireita aiheuttavat systeemisairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä neurologiset sairaudet. (Juutilainen ym. 2012, 270; Käypä hoito 2016, viitattu 29.3.2018.)

Laskimoiden vajaatoiminnan yhteydessä esiintyy turvotusta, ja jos turvotusta ei hoideta laskimovajaatoiminnan alkuvaiheessa, voi turvotus muuttua krooniseksi. Kroonistunut laskimovajaatoiminta ja turvotus voivat aiheuttaa säärihaavan, jonka paranemista turvotus hidastaa tai jopa estää. (Saarikoski ym. 2012, viitattu 28.3.2018.)

3.2 Laskimovajaatoiminnan tutkiminen, diagnostiikka ja kliininen luokittelu

Laskimovajaatoiminnan diagnosointi perustuu potilaan kokemiin oireisiin, kliinisiin tutkimuksiin sekä laskimoiden kaikukuvauksiin. Kliinisissä tutkimuksissa voidaan havaita potilaan seisoessa suonikohjut sekä mahdolliset ihomuutokset, mitkä ovat laskimovajaatoimintaan liittyviä oireita. Ihomuutokset voivat olla monenlaisia kuten esimerkiksi hyperpigmentaatio, ekseema, ihonalaiskudoksen kovettuminen sekä avoin tai parantunut haava. Laskimovajaatoiminta luokitellaan kliinisen tutkimuksen, kaikukuvantamisen sekä oirekuvan perusteella eri vaikeusastekategorioihin. (Saarikoski ym. 2012, viitattu 28.3.2018.)

Huolellinen kliininen tutkiminen on edellytys oikean diagnoosin ja oikean hoitomenetelmän selvittämiseksi. Alaraajaturvotuksen taustalla voi olla paikallisen syyn lisäksi myös jokin systeemisairaus, kuten sydämen vajaatoiminta, munuaisten vajaatoiminta, maksan vajaatoiminta,

ylipaino, proteiinin puutos, hyper- tai hypotyreoosi, allergia, lääkitys tai harvinaiset turvotussairaudet. (Stolt ym. 2017, 405.)

Laskimovajaatoiminnan vaikeusasteet vaihtelevat oireita aiheuttamattomasta vajaatoiminnasta vakavampiin koko raajan toimintakykyä uhkaaviin säärihaavaongelmiin. American Venous Forumin asettama kansainvälinen työryhmä on luonut laskimovajaatoiminnan diagnostiikkaan kansainvälisesti käytetyn kliinis-etilogis-anatomis-patofysiologisen luokituksen eli CEAP-luokituksen (taulukko 1). CEAP-luokitusta käytetään tutkimusten vertailun sekä laskimovajaatoiminnan hoidon laadun parantamiseksi. (Stolt ym. 2017, 400-402.)

TAULUKKO 1. CEAP-luokitus (Stolt ym. 2017, 400-402)

CEAP -luokitus	Luokittelun selitys
C = Clinical eli kliininen luokitus	C0 - C6
E = Ethiological eli etiologinen luokitus	E congenital (Ec) eli synnynnäinen vajaatoiminta E primary (Ep) eli primaarinen vajaatoiminta E secondary (Es) eli sekundaarinen vajaatoiminta
A = Anatomic eli anatominen luokitus	A superficial veins (As 1 - 5) eli pinnallinen laskimovajaatoiminta A deep veins (Ad 6 – 16) eli syvä laskimovajaatoiminta A perforating veins (Ap 17 – 18) eli yhdyslaskimovajaatoiminta
P = Pathophysiological eli patofysiologinen luokitus	P reflux eli takaisinvirtauksen aiheuttama tila P occlusion eli laskimotukoksen aiheuttama tila

Laskimovajaatoiminnan vaikeusasteen arvioinnissa yleisimmin käytetään CEAP-luokittelun kliinistä luokittelua C0 - C6 (taulukko 2). (Käypä hoito 2016, viitattu 29.3.2018.)

TAULUKKO 2. Laskimovajaatoiminnan kliininen luokitus (Käypä hoito 2016, viitattu 29.3.2018)

Laskimovajaatoiminnan kliininen luokitus (C)	Löydökset
KOMPLISOITUMATON C0 - C3	
C0	Normaalilöydös, ei laskimovajaatoiminnan löydöksiä
C1	Teleangietaksioita tai retikulaarisia ihonalaisia laskimoita
C2	Suonikohjuja, ei turvotusta, ei laskimovajaatoimintaan liittyviä ihomuutoksia
C3	Suonikohjuja, turvotusta, ei laskimovajaatoimintaan liittyviä ihomuutoksia
KOMPLISOITUNUT C4 - C6	
C4	Laskimovajaatoimintaan liittyviä ihomuutoksia: hyperpigmentaatio, ekseema, lipodermatoskleroosi
C5	Laskimovajaatoimintaan liittyviä ihomuutoksia ja parantunut laskimohaava
C6	Laskimovajaatoimintaan liittyviä ihomuutoksia ja avoin laskimohaava

3.3 Laskimovajaatoiminnan hoito kompressiosidoksilla

Laskimovajaatoiminta jaetaan kliinisen luokittelun mukaisesti komplisoitumattomaan (C0 - C3) ja komplisoituneeseen (C4 - C6) laskimovajaatoimintaan. Oikein diagnosoidun laskimovajaatoiminnan hoitomenetelmän valintaan vaikuttaa vajaatoiminnan vaikeusaste. Laskimoiden ja pohjelihaspumppejen vajaatoiminnasta aiheutuneen alaraajaturvotuksen hoitamisen perustana ovat asentohoito, liikunta sekä puristushoito eli kompressiohoito. Puristushoito on vanha, mutta edelleen käytössä oleva ja asemansa säilyttänyt hoitomuoto laskimovajaatoiminnan hoitamisessa. Tukisidoksilla tai –sukilla aikaansaadaan puristus eli kompressio, joka kuljettaa verta pintalaskimoista syviin laskimoihin ja samalla auttaa lihaspumpua toimimaan. (Mustajoki ym. 2013, 118; Stolt ym. 2017, 403.)

Kompressiohoito on ollut käytössä jo vuosisatojen ajan alaraajaturvotuksen hoidossa. Lääketieteelliset tutkimukset ovat osoittaneet, että kompressio lisää onkootista kudospainetta poistamalla kudoksesta nestettä enemmän kuin proteiinia. Mikäli kompressiota ei toisteta eikä huolehdita hoidon jatkuvuudesta, alkaa nestettä nopeasti kerääntyä uudelleen kudoksiin. (EWMA 2003, viitattu 17.4.2018.)

Ulkoisella kompressiolla lisätään paikallisen kudoksen painetta ja vahvistetaan kudoksen nesteen takaisinimeytymistä kudoksista laskimoihin ja imusuonistoon, minkä seurauksena turvotus vähenee. Sidoksilla aikaansaadulla kompressiolla voi olla vaikutusta laskimoiden lisäksi myös valtimoiden ja imusuonten nesteen määrään. Syvemmillä oleviin suoniin ei kohdistu yhtä suurta kompressiota kuin lähempänä ihon pintaa oleviin suoniin, sillä kompressio kohdistuu suonten lisäksi myös muihin kudoksiin ja sitä kautta vähenee. (EWMA 2003, viitattu 17.4.2018.)

Seisovalla ihmisellä veri virtaa laskimoissa verkkaisesti ja laskimopaine on noin 80-100 mmHg. Liikkuessa jalan lihaspumpun ja pohjelihaspumpun yhteisvaikutuksesta verenvirtaus kiihtyy ja laskimopaine alenee noin 10-20 mmHg, mikäli laskimoiden läpät toimivat normaalisti. Jos laskimoläpät suurissa laskimoissa lakkaavat toimimasta joko laskimotukoksen aiheuttamien vaurioiden tai rappeutumisen seurauksena, jää veri virtaamaan edestakaisin vahingoittuneiden läppien välille. (EWMA 2003, viitattu 17.4.2018.)

Oikeanlaisen kompression eli hoitopaineen voi saada aikaan tukisidoksella tai hoitosukalla. Riittävä hoitopaine vähentää nesteen ja solujen vuotamista kudoksiin sekä puristaa nestettä kudoksista takaisin laskimosuoniin ja imutiejärjestelmään vähentäen turvotusta. Kompression tulee olla riittävä (20-40 mmHg) ja edetä nilkasta polvitaiteeseen asteittain keventyen. Kompressiohoito tehostaa pohjelihaspumpun toimintaa, parantaa laskimoveren paluuta kohti sydäntä, vähentää turvotusta, alentaa pinalaskimoiden verenpainetta, pitää yllä saavutettuja hoitotuloksia sekä estää säärihaavojen syntyä ja/tai uusiutumista. (Hietanen ym. 2002, 152; Juutilainen ym. 2012, 285; Mustajoki ym. 2013, 118.)

Ennen kompressiohoidon aloitusta tulee selvittää, erityisesti valtimoverenkierron vajausta sairastavalla potilaalla, ettei kompressio estä valtimoverenkiertoa. Valtimoverenkierron riittävyys arviointi tulisi tehdä doppler-ultraäänilaitteella aina ennen kuin aloitetaan kompressiohoito. Valtimoverenkierron riittävyttä tulee seurata säännöllisesti kompressiohoidon aikana, jotta alaraajojen valtimoverenkierto on riittävä. Oikea, valtimoverenkiertoa estämätön kompressio sekä oikeat sidontamateriaalit ja -tekniikat voivat edesauttaa merkittävästi laskimoperäisten haavojen paranemista, vähentää alaraajaturvotusta sekä lievittää kipua. Riittävän kompression aiheuttama päälaskimoiden läpimitan kaventuminen vähentää laskimoiden verimäärää ja jakaa verta kohti kehon keskiosia. Tästä voi seurata sydämen työmäärän sekä minuuttitilavuuden lisääntymistä. Sydämen toiminnan häiriöitä sairastavalla

potilaalla tulee tästä syystä välttää molempien alaraajojen yhtäaikaista kompressiohoitoa. (EWMA 2003, viitattu 17.4.2018.)

Vuodepotilaalla kompression paineen tulee olla yli 10 mmHg pohkeen yläpuolella vallitsevaa painetta suurempi, jotta laskimopaluu tehostuu. Paine vähentää säären alaosan verimäärää ja sitä kautta veren virtausnopeus lisääntyy. Yli 30 mmHg paineesta ei ole hyötyä, sillä tässä paineessa suonet tyhjäntyvät maksimaalisesti ja laskimoveren määrää ei voida vähentää enempää. Liikkuvalla potilaalla jalan alaosan paine vaihtelee 20-100 mmHg. Laskimopaluun tehostamiseen liikkuvalla potilaalla tarvitaan voimakkaampaa kompressiota ja korkeampaa hoitopainetta (40-50 mmHg). (EWMA 2003, viitattu 17.4.2018.)

3.3.1 Komplisoitumattoman laskimovajaatoiminnan hoito

Komplisoitumaton laskimovajaatoiminta eli oireeton tai vähäoireinen laskimovajaatoiminta hoidetaan kompressio- ja oirehoidolla, jolloin potilas käyttää puristavia hoitosukkia tai hoitosukkahousuja. Myös tukisidoksia voitaisiin käyttää, mutta niiden käyttäminen on potilaalle työläämpää ja sen vuoksi hoitoon sitoutuminen on vähäisempää. Kompressiohoidossa ja sen onnistumisessa potilaan ohjaaminen, hoitoon kannustaminen ja sitouttaminen on ensiarvoisen tärkeää. (Vauhkonen & Holmström 2014, 184.)

Komplisoitumattomasta laskimovajaatoiminnasta puhutaan, kun laskimovajaatoiminnan vaikeusaste on kliinisen luokituksen mukaisesti C1, C2 tai C3. Pää tavoite kompressiohoidon aloittamisessa on elämänlaadun parantuminen. Leikkauspäätös komplisoitumattoman vajaatoiminnan hoitamiseksi edellyttää harkintaa; sekä haitta-asteluokituksen että kaikukuvantamisen tulisi osoittaa laaja-alainen ja hemodynaamisesti merkittävä laskimovajaatoiminta. (Saarinen 2004, viitattu 16.4.2018.)

Kliinisen luokituksen vaikeusaste C0, eli oireeton tutkimuksissa löytyvä vajaatoiminta, on varsin yleinen löydös. Vaikeusasteessa C1 potilaalla on alaraajoissaan teleangiektasioita eli toisiinsa yhdistyneitä, laajentuneita pintalaskimoita sekä retikulaarisia laskimoita eli laajentuneita, sinertäviä syviä laskimoita. Nämä vajaatoiminnan vaikeusasteet eivät edellytä varsinaisia hoitotoimenpiteitä. Tavanomaisin löydös on vaikeusastetta C2 - C3. Näiden vaikeusasteiden vajaatoimintaa sairastavilla potilailla on näkyviä suonikohjuja sekä mahdollisesti turvotusta, mutta ei ihomuutoksia. Hoidoksi potilaille määrätään kompressiohoito, josta potilaat saavat yleensä helpotusta kokemiinsa

oireisiin muun muassa turvotukseen ja kipuun, mutta kompressiohoito ei kuitenkaan tutkimusten mukaan näytä estävän suonikohjujen pahenemista. (Käypä hoito 2015, viitattu 29.3.2018.)

3.3.2 Komplisoituneen laskimovajaatoiminnan hoito

Komplisoituneella laskimovajaatoiminnalla tarkoitetaan tilaa, jossa kliinisen luokituksen mukaan taudin vaikeusaste on C4, C5 tai C6. Näissä vaikeusasteissa laskimovajaatoiminta on johtanut ihomuutoksiin tai säärihaavaan. Komplisoituneen laskimovajaatoiminnan hoidon tärkein tavoite on turvotuksen poisto alaraajasta. Valtaosa laskimoperäisistä säärihaavoista paranee muutaman kuukauden aikana, jos kompressiohoito on säännöllistä ja oikein toteutettua. Säärihaavapotilaalle suositellaan hoidon alkuvaiheessa käytettäväksi kompressiosidoksia hoitosukkien asemasta, sillä raajan koko muuttuu nopeasti hoidon tehotessa ja turvotuksen vähentyessä. (Saarinen 2004, viitattu 16.4.2018.)

Potilaalle, jolla on diagnosoitu laskimoperäinen haava, on aloitettava kompressiohoito, sillä alaraajaturvotus hidastaa haavan paranemista. Ennen kompressiohoidon aloittamista on varmistettava, että potilaan valtimoverenkierto on riittävä, perifeeriset pulssit tuntuvat ja että mitattu ABI-indeksi on välillä 0,8-1,2. ABI-indeksi saadaan mittaamalla verenpaine alaraajasta ja vertaamalla sitä yläraajan paineeseen. Verisuonikirurgin konsultaatio tulee tehdä ennen kompressiohoidon aloittamista, jos perifeeriset pulssit eivät tunnu tai jos ABI-indeksi on viitearvojen ulkopuolella. (Halmesmäki, ym. 2017, viitattu 16.4.2018.)

Ennen kompressiohoidon aloittamista tulee huomioida potilaan kokonaisvaltainen terveydentila sekä systeemisairauksien aiheuttamat vaikutukset kompressiohoidon aloittamiseen. Esimerkiksi diabetestä sairastavan potilaan laskimovajaatoiminnan hoitamisessa tulee huomioida diabeteksen aiheuttamat vaikutukset valtimoverenkierron riittävyyden määrittämisessä. Noin 15 %:lla diabeetikoista on ABI-indeksit virheellisesti korkeammat valtimoiden kovettuneiden seinämien takia. (Stolt ym. 2017, 139.)

Kompressiohoidon onnistumisen edellytyksenä on myös haavan paikallishoidon oikeaoppinen toteuttaminen. Haavan pohja on pidettävä puhtaana ja kosteana, jotta haavalla on optimaaliset olosuhteet paranemiselle. Potilaan kannustaminen ja sitouttaminen kompressiohoitoon sekä haavanhoitoon on hoidon onnistumisen kannalta keskeistä. Kompressiohoidon ja haavanhoidon vastetta arvioidaan säännöllisesti hoidon

aloittamisen jälkeen. Jos haava ei ole ensimmäisen kuukauden aikana parantunut riittävästi alkutilanteeseen verrattuna, on hoitosuunnitelmaa arvioitava uudelleen. Haavan paranemisen nopeuttamiseksi voidaan erikoissairaanhoidossa harkita muun muassa alipaineimuhoitoa tai ihosiirrettä. (Halmesmäki ym. 2017, viitattu 16.4.2018.)

Komplisoitunutta laskimovajaatoimintaa voidaan hoitaa myös kajoavilla eli invasiivisilla hoitotoimenpiteillä, joista termoablaatio on ensisijainen hoitomenetelmä. Termoablaatiossa hoidon jälkeisten komplikaatioiden riski on pienempi kuin avoleikkauksessa tai vaahtohoidossa. Kajoavat hoidot eivät kuitenkaan kompressiohoitoon verrattuna nopeuta laskimohaavan paranemista vaan pienentävät haavan uusiutumiseriskiä. (Halmesmäki ym. 2017, viitattu 16.4.2018; Käypä hoito 2014, viitattu 16.4.2018.)

3.3.3 Kompressiosidonta

Kompressio- eli tukisidosten tulee olla materiaaliltaan laadukkaita ja kestäviä. Sidosten tulee pysyä paikallaan myös potilaan liikkuesssa. Sidosten tulee olla materiaaliltaan miellyttäviä, jotta potilas ei keskeytä hoitoa sidosten aiheuttaman kivun ja epämukavuuden vuoksi. Ennen kompressiosidoshoidon aloittamista potilaan ihon kunto ja raajan muoto tulee selvittää. Jos potilaan iho on hauras luisten ulokkeiden kohdalla ja potilaalla on suojatunnon puuttumista eli neuropatiaa, voi sidoksen aiheuttama paine vahingoittaa ihoa ja lisätä painehaavauman riskiä. Luu-ulokkeet on hyvä pehmustaa vanulla tai muulla pehmusteella. Jos tukisidoksen alle laitetaan haavanhoitotuotteita, ne tulee asettaa huolellisesti. (Juutilainen ym. 2012, 286; Suomen Haavanhoitoyhdistys ry 2018, viitattu 16.4.2018.)

Kompressiosidosten materiaalin elastisuus ja kerrosten riittävä määrä edesauttavat alentamaan kohonnutta laskimopainetta ja vähentämään turvotusta. **Runsaselastiset eli runsaasti joustavat tukisidokset** mukautuvat hyvin potilaan jalan muotoon liikkeessä. Joustavuuden vuoksi paineen vaihtelu pohkeessa jää vähäiseksi, ja paine pysyy tasaisena myös levossa. Turvotuksen vähetessä runsaselastiset sidokset pystyvät jonkin verran mukautumaan jalan muuttuvaan muotoon. Vuodepotilaalle, liikuntakyvyttömälle ja potilaille, joilla on jäykistetty nilkka, suositellaan runsaselastisia sidoksia. Runsaaselastiset sidokset poistetaan yön ajaksi. (Juutilainen ym. 2012, 286.; Suomen Haavanhoitoyhdistys ry 2018, viitattu 16.4.2018.)

Runsaselastisen tukisidoksen sitomiseen käytetään 1-2 runsaselastista sidosrullaa. Sidoksen alle laitetaan pehmusteeksi esimerkiksi putkisukkaa tai vanua. Sidos kiinnitetään teipillä tai hakasilla. Ensimmäisen rullan sitominen aloitetaan varpaiden tyvestä ja sidonnan kiertosuuntana on jalan ulkoreunalta sisäänpäin. Nilkka pidetään sidonnan aikana 90 asteen kulmassa. Sidoksen tuottama paine on voimakkainta jalkaterässä ja nilkassa, ja paineen tulee vähentyä asteittain ylöspäin polvea kohti edetessä. Sidos lopetetaan 2 cm ennen polvitaivetta. Tukisidoksen päälle voidaan laittaa putkisukkaa, jolloin sidos pysyy paremmin paikallaan. (Suomen Haavanhoitoyhdistys ry 2018, viitattu 16.4.2018.)

Sidoshoidon alussa ensimmäisinä päivänä sidokset voidaan poistaa useamman kerran päivässä, mutta on huolehdittava siitä, että jalkojen tulee olla sidoksia poistettaessa vaakatasossa, ja että sidokset laitetaan uudelleen ennen istumaan nousua tai liikkeelle lähtöä. Runsaaselastisen tukisidokset sidotaan spiraali- tai tähkämallin mukaan riippuen potilaan säären anatomisesta muodosta. Tukisidosten tulee olla mahdollisimman miellyttävän tuntuiset, jotta potilas ei keskeytä hoitoa epämukavuuden vuoksi. Sidokset eivät saa aiheuttaa potilaalle kipua. Tukisidosten puhtaudesta tulee huolehtia pesemällä niitä tarpeen mukaan ja ne tulee vaihtaa uusiin, kun niiden joustavuus on heikentynyt. (Suomen Haavanhoitoyhdistys ry 2018, viitattu 16.4.2018.)

Vähäelastiset eli vähän joustavat tukisidokset eivät mukaudu jalan liikkeeseen ja muotoon yhtä paljon kuin runsaselastiset sidokset. Vähäelastisia kompressiosidoksia käytetään potilailla, jotka liikkuvat omatoimisesti, ja joilla pohjelihaksen toiminta on aktiivista. Sidokset eivät sovi vuodepotilaille, sillä niiden tuottama lepopaine on alhainen. Sidoksia ei tarvitse poistaa yön ajaksi, vaan ne voivat olla paikallaan useamman vuorokauden, sillä niiden kanssa voi liikkua normaalisti. (Juutilainen ym. 2012, 286; Suomen Haavanhoitoyhdistys ry 2018, viitattu 17.4.2018.)

Vähäelastisen tukisidoksen sitomiseen käytetään 2-3 sidosrullaa, joista osa voi olla kapeampaa (5-8 cm) ja osa leveämpää (10-12 cm) sidosrullaa. Sidoksen alle laitetaan pehmusteeksi esimerkiksi putkisukkaa tai vanua. Sidos kiinnitetään teipillä tai hakasilla. Vähäelastinen tukisidos sidotaan säären muodon mukaan anatomisen sidontamallin mukaan. Ensimmäinen rulla aloitetaan varpaiden tyvestä edeten kohti kantapäää ja nilkkaa ylöspäin säären muotoa mukaillen. Sidonnan kiertosuunta on ulkoreunalta sisäänpäin. Nilkka pidetään 90 asteen kulmassa. Kantapäää lukitaan, mutta sidotaan siten, ettei liikkuminen vaikeudu tai esty. Toinen rulla aloitetaan nilkasta ylöspäin edeten jalan anatomian mukaisesti siten, että aikaansaatu paine vähenee asteittain kohti polvea. Sidoksia venytetään molemmista reunoista tasaisesti, jolloin säären anatomia ohjaa sidoksen

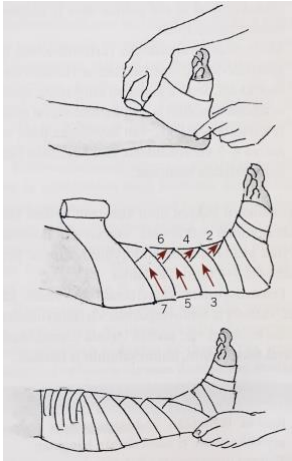
suuntaa ja jyrkkyyttä. Sidoksen tulee olla tasainen ja rypytön, jottei ihoon kohdistu hankausta. Tukisidos kiinnitetään teipillä tai hakasilla, ja sen päällä voi käyttää myös putkisukkaa, jolloin sidos pysyy paremmin paikallaan. (Iivanainen ym. 2016, 331; Suomen Haavanhoitoyhdistys ry 2018, viitattu 17.4.2018.)

Hoidon alkuvaiheessa vähäelastisia sidoksia joudutaan sitomaan uudelleen, sillä sidos ei mukaudu jalan muuttuvaan muotoon turvotuksen vähetessä. Mikäli sidos joudutaan poistamaan ennen suunniteltua sidoksen vaihtoa, tulee jalkaa pitää vaaka- tai kohoasennossa 30 minuuttia ennen sidoksen uudelleen laittoa. Tukisidosten puhtaudesta tulee huolehtia pesemällä niitä tarpeen mukaan, ja ne tulee vaihtaa uusiin, kun niiden joustavuus on heikentynyt. (Suomen Haavanhoitoyhdistys ry 2018, viitattu 17.4.2018.)

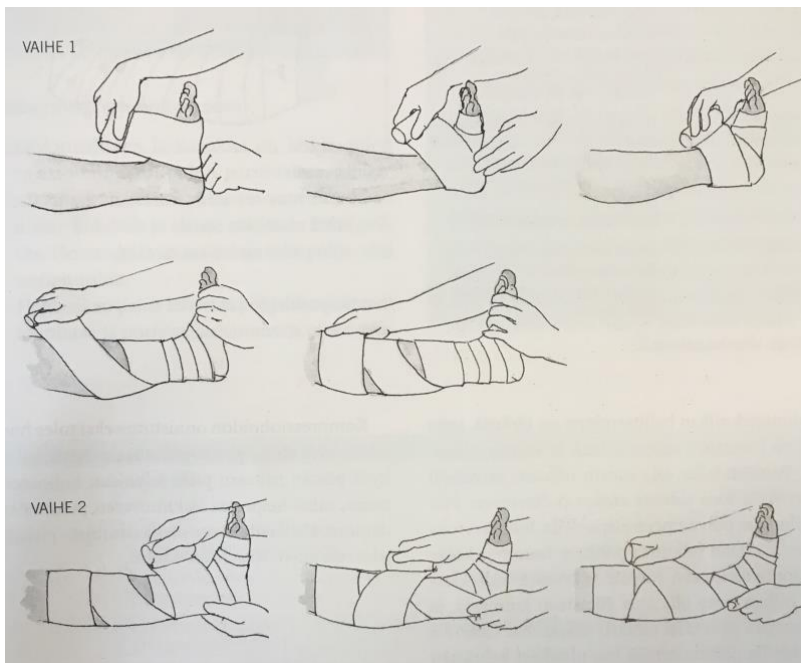
3.3.4 Sidontamallit

Kompressiosidosta ja sidontatekniikkaa valittaessa on huomioitava potilaan kokonaisvaltainen tilanne. Sidoksen ja sidontamallin valintaan vaikuttavat miksi sidosta käytetään, kuka sitä käyttää, mitä materiaalia se on, kuka sen sitoo, milloin se sidotaan ja kuinka kauan sitä pidetään. Kompressiosidoksen oikeanlainen sitominen tulee opettaa potilaalle ja tämän omaisille, jotta sidonnan tekemisessä onnistuu muukin kuin hoitotyön ammattilainen, ja jotta kompressiohoito olisi jatkuvaa eikä keskeytyisi sidontatekniikan vaikeuden vuoksi. Sidontamallin valintaan vaikuttaa muun muassa pidetäänkö sidosta ympäri vuorokauden vai pelkästään päivällä. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2016, 237-239.)

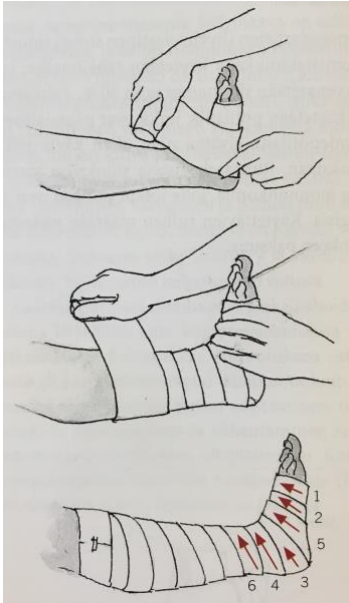
Erilaisia sidontamalleja ovat **anatominen**, **spiraali-** ja **tähkämalli** (kuvat 1-3). Kaikissa sidontamalleissa nilkka sidotaan siten, että jalkaterä on 90 asteen kulmassa. Sidoksen tulee aikaansaada riittävän voimakas kompressio, mutta se ei saa estää luonnollista liikettä. Sidos lopetetaan 2 cm ennen polvitaivetta, ja yleensä polvitaipteen alle ulottuva kompressiosidonta riittää. (Juutilainen ym. 2012, 287.)



KUVA 1. Tähtämalli (Iivanainen ym. 2016, 330)



KUVA 2. Anatominen malli (Iivanainen ym. 2016, 331)



KUVA 3. Spiraalimalli (Iivanainen ym. 2016, 332)

Sidoksen aikaansaaman kompression riittävyyttä ja hoidon laatua voidaan arvioida painemittauksella (kuva 4). Paineanturit asetetaan iholle nilkkaan sisäkehräsen yläpuolelle sekä pohkeen paksuimpaan kohtaan ja yhdistetään muoviletkulla keskusyksikköön. Paineanturit jäävät siis ihon ja tukisidoksen väliin. Kompressiosidoksen asettamisen jälkeen mitataan saavutettu paine. Painemittaria on hyvä käyttää erityisesti sidontatekniikoita opetellessa; painemittauksella voidaan kontrolloida painetta ja opetella sitomaan riittävä kompressio. (Juutilainen ym. 2012, 286.)



KUVA 4. Painemittari (Iivanainen ym. 2016, 333)

Kompressiosidonnalla tavoitellaan raajaan, jossa mitattu ABI-arvo on yli 0,8 eikä potilaalla ole todettua vaikeaa sydämen vajaatoimintaa, 35-45 mmHg painetta nilkan tasolle. Jos potilaalla on kompressiohoidon kannalta huomioon otettavia systeemisiä sairauksia kuten diabetes, reumasairaus tai jos mitattu ABI-arvo on 0,6-0,8 tavoitellaan kevyempää kompressiota eli 15-25 mmHg. Myös hyvin iäkkäillä potilailla riippumatta tämän perussairauksista tai ABI-arvosta, suositellaan kevyempää 15-25 mmHg painetta. (Juutilainen ym. 2012, 286.)

3.4 Potilaan sitouttaminen kompressiohoitoon

Potilaan hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat monet tekijät. Hoitohenkilökunnan on kehiteltävä potilaslähtöisiä ratkaisuja ongelmiin, joita potilaat kokevat heille määrätyn hoidon toteuttamisessa. Lisäksi on seurattava aktiivisesti sekä hoidon vastetta että potilaan sitoutumista hoitoon hoitoprosessin edetessä. Jokainen potilas on yksilö; hoitohenkilökunnan on kyettävä huomioimaan potilaan erityistarpeet hoito-ohjeen vastaanottamisessa. Hyvin suunniteltu, potilaslähtöinen ohjaamistapa edesauttaa potilaan hoitoon sitoutumista sekä lisää hyviä hoitotuloksia. (Lääketietokeskus Oy 2004, viitattu 1.9.2018.)

Sidoksilla toteutetussa kompressiohoidossa potilas tarvitsee apua sidontojen tekemiseen. Puolison, perheen tai muun läheisen on oltava tietoisia hoidosta, sen sisällöstä ja merkityksestä, tekniikoista sekä hoidon tavoitteista. Tämän vuoksi hoitohenkilökunnan on huomioitava hoito-ohjeita antaessa potilaan lisäksi myös potilaan läheiset, jotka osallistuvat sidontojen tekemiseen. (Lääketietokeskus Oy 2004, viitattu 1.9.2018.)

Kompressiohoidon onnistumisen perustana on potilaan hoitoon sitoutuminen. Hoidon on oltava jatkuvaa, jotta hän saa siitä parhaan hyödyn oireiden helpottamiseksi. Laskimovajaatoimintaa ei voi parantaa, mutta jatkuvalla kompressiohoidolla lievitetään taudin oireita, estetään taudin paheneminen sekä siitä aiheutuvien laskimoperäisten haavojen syntyminen. (EWMA 2003, viitattu 17.4.2018.)

4 PROJEKTINA TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ

Toiminnallinen opinnäytetyö on yleensä jokin ammatilliseen käytäntöön liittyvä ohje tai opas, kuten esimerkiksi perehdyttämisopas, turvallisuusohjeistus tai muu vastaava konkreettinen tuotos. Toiminnallisen opinnäytetyön toteutustapana voi olla painettu opas, kirja, vihko tai muu kohderyhmää parhaiten palveleva tuotos. (Airaksinen & Vilka 2004, 9.)

4.1 Projektin käynnistyminen, kohderyhmä ja hyödynsaajat

Suorittaessamme toisena opiskeluvuotena klinisen hoitotyön opintojaksoa, havaitsimme, että kompressiohoitoon liittyvä opetusmateriaali ja ohjeistus olivat suppeita. Opinnäytetyöprojektimme avulla halusimme tuottaa hoitotyön opettajille opetusmateriaalia kompressiohoidon toteuttamisen opettamiseen. Havaitsimme myös käytännön harjoittelujaksoilla erityisesti kotihoidossa, että hoitajien tietämys kompressiohoidon toteuttamisesta ja merkityksestä oli vähäistä.

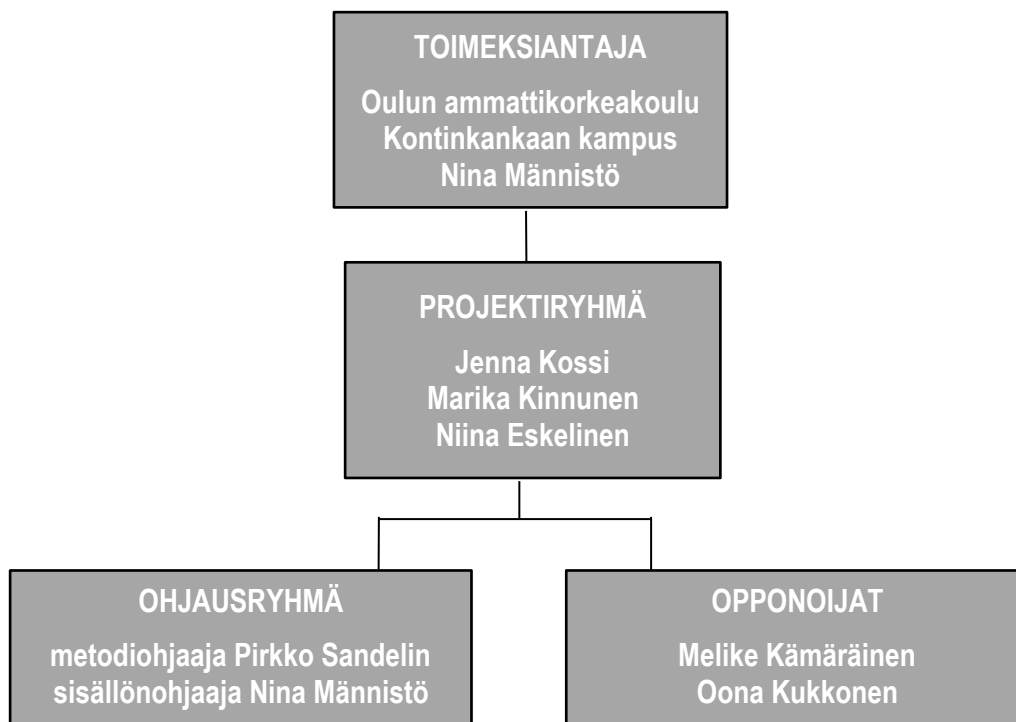
Opinnäytetyömme ja sen tuotoksena toteuttamamme opetusvideon kohderyhminä ovat Oulun ammattikorkeakoulun hoitotyön opettajat sekä hoitotyön opiskelijat. Opetusvideota voidaan käyttää kaikkien hoitotyön opiskelijoiden opetusmateriaalina.

Opinnäytetyömme hyödynsaajia ovat opettajien ja opiskelijoiden lisäksi myös potilaat. Opinnäytetyömme sisällön toivomme lisäävän hoitotyön opiskelijoiden tietämystä laskimovajaatoiminnan hoitamisesta kompressiohoidolla, joten lopullinen hyödynsaaja on välillisesti potilas, joka sairastaa laskimovajaatoimintaa.

4.2 Projektioorganisaatio

Opinnäytetyömme toteuttamista varten perustimme projektiorganisaation (kuviokuva 1.) Opinnäytetyömme toimeksiantajana toimi Oulun ammattikorkeakoulun hoitotyön lehtori Nina Männistö. Projektin toteutuksesta vastasimme tasapuolisesti toimien kaikki päävastuullisina projektipäällikköinä. Projektin ohjausryhmänä toimivat Oulun ammattikorkeakoulun yliopettaja Pirkko Sandelin ja lehtori Nina Männistö. Pirkko Sandelin ohjasi projektia toteutukseen sekä menetelmiin liittyvissä asioissa ja Nina Männistö vastasi projektin sisällönohjauksesta.

Opponoivana ryhmänä projektissamme toimivat opiskelijakollegamme Melike Kämäräinen ja Oona Kukkonen Oulun ammattikorkeakoulusta.



KUVIO 1. Projektioorganisaatio

4.3 Projektin toteutus

Opinnäytetyöprojekti käynnistyi projektioorganisaation perustamisella, minkä jälkeen ryhdyimme ideoimaan opinnäytetyön teoreettista sisältöä sekä konkreettista tuotosta. Laadimme opinnäytetyöstä suunnitelman, jonka hyväksymisen jälkeen ryhdyimme työstämään opetusvideon käsikirjoitusta (liite 2). Perehdyimme aiheemme teoriaan suunnitelmaa tehdessämme laajasti. Kirjoitimme opinnäytetyömme teoriapohjan jo suunnitelmavaiheessa riittävän laajaksi helpottaaksemme tuotoksen eli opetusvideon suunnittelua ja toteutusta.

Opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa ja teoriapohjaa kirjoittaessa vahvistui näkemyksemme opinnäytetyömme aiheen rajauksesta. Koko opinnäytetyömme käsittelee laskimovajaatoiminnan hoitamista kompressiohoidolla, mutta opetusvideon sisällön ja laajuuden hallitsemiseksi, päätimme keskittyä videossa pääsääntöisesti kompressiohoidon sidontatekniikoiden esittelyyn. Tällä tavalla pyrimme edesauttamaan opetusvideolle asettamiemme laatutavoitteiden saavuttamista.

4.3.1 Laadukas opetusvideo

Oppiminen on syvempää, kun opiskeltavassa materiaalissa yhdistyvät sanat ja kuvat. Sanat voivat olla kirjoitettuja tai puhuttuja, ja kuvat missä tahansa graafisessa muodossa kuten esimerkiksi valokuvina, animaatioina tai videoina. Multimediaoppimateriaalin tehokkaalla rakenteellisella suunnittelulla pyritään saavuttamaan maksimaalista oppimista. (Sorden 2016, viitattu 1.9.2018.)

Laadukkaalla opetusvideolla on rajattu asiasisältö, ja se sisältää eri elementtejä esimerkiksi still-kuvia, ääntä, tekstiä, toimintaa tai kuvituskuvaa. Opetusvideolla on selkeä alku, keskikohta ja loppu, ja sen jokaisella vaiheella ja kuvalla on merkitys sisällön johdonmukaisen etenemisen kannalta. Kiinnostuksen heräämisen, säilymisen sekä oppijan sitouttamisen kannalta on tärkeää, että opetusvideo on tiivis ja kompakti kokonaisuus sekä kestää enintään 6 minuuttia. (Brame 2016, viitattu 1.9.2018; Ekonoja 2018, viitattu 28.8.2018; Leponiemi 2018, 54.)

Opetusvideoita voidaan käyttää erilaisten tekniikoiden ja taitojen esittelemisessä opetusmateriaalina. Niiden avulla voidaan esitellä jokin tekniikka tai toimenpide oikeaoppisesti toteutettuna, ja videon katseleminen voi helpottaa kyseisen taidon oppimista ja omaksumista. Opetusvideo antaa opettajalle mahdollisuuden osoittaa ja tähdentää opiskelijoille jotakin spesifiä kohtaa laajemmasta materiaalikokonaisuudesta tiivistetysti. Opetusvideota katseleva opiskelija voi itse hallita sisällön ymmärtämiseen käytetyn ajan määrää; opiskelija voi halutessaan hidastaa, nopeuttaa tai pysäyttää kuvan sisäistääkseen videolla esiteltävän asian paremmin. Digitaalisesti tuotetuissa ja editoiduissa videoissa voidaan erilaisten tehosteiden avulla korostaa tiettyjä tai toivottuja asioita videolla opetettavasta asiasta. (Bell ym. 2018, viitattu 19.4.2018.)

Opetusvideon laatutavoitteiden toteutumista arvioidaksemme laadimme kyselyn erästä opiskelijaryhmää varten. Ohjaava opettajamme Nina Männistö osoitti meille opiskelijaryhmän, jolle opetusvideon esitteleminen sopisi ajankohdallisesti käynnissä oleviin opintoihin, ja joka siten voisi arvioida opetusvideomme sisältöä. Opiskelijoilta saamamme palautteen jälkeen ryhdyimme työstämään opinnäytetyön lopullista raporttia.

4.3.2 Opetusvideon käsikirjoitus

Käsikirjoitus on suunnitelma, jonka mukaan opetusvideo kuvataan. Siinä kuvaillaan videossa tapahtuva toiminta yksityiskohtaisesti pitäen sisällään vuorosanat, selostukset sekä muut äänet.

Käsikirjoituksessa kokonaisuus on jaettu kohtauksiksi, mutta ei vielä kuviksi. (Turtiainen 2010, viitattu 1.9.2018.)

Hyvä käsikirjoitus on toimivan opetusvideon perusta. Huonosta käsikirjoituksesta ei saa lopputulokseksi toimivaa opetusvideota, vaikka toteutus olisikin laadukasta. Käsikirjoituksessa rajataan kuvattava sisältö, ja suunnitellaan kuvaamiselle rakenne. Käsikirjoitus tehdään yleensä kaksipalstaisena, jossa oikeanpuoleisessa kuvataan tilanne/kohtaus, ja vasemman puoleiseen kirjoitetaan mitä kuvassa tapahtuu. Käsikirjoitus sisältää yksityiskohtaista tietoa kuvaamista varten ja siinä eritellään kuvakulmat, rajaukset, kuvakoot, liikkeen suunnat jne. (Aaltonen 2007, 12-13; Leponiemi 2010, 60.)

Laadimme opetusvideon käsikirjoituksen vastaamaan lyhyesti kysymyksiin:

- Mitä kompressiohoito on?
- Kenelle ja milloin kompressiohoitoa käytetään?
- Miksi kompressiohoitoa käytetään?
- Minkälaisia tarvikkeita kompressiohoidon toteuttamiseen tarvitaan?
- Miten kompressiohoidon eri sidontatekniikat toteutetaan?

Käytimme etukäteen laatimaamme käsikirjoitusta opetusvideota kuvatessa, mutta kuvaamisen edetessä käsikirjoitus kuitenkin hioutui ja täydentyi. Opetusvideon kuvaamisessa ja editoimisessa käytimme omia laitteita. Kuvauspaikkana toimi Oulun ammattikorkeakoulun Kontinkankaan kampuksen hoitotyön luokka. Hankimme materiaaleja kompressiosidontaa varten itse, mutta saimme hyödyntää myös koululta löytyviä opetuskäyttöön tarkoitettuja tarvikkeita. Projektiryhmämme kokoontui kuvaamista varten kaksi kertaa. Kuvaamisen jälkeen editoimme kuvausmateriaalin valmiiksi opetusvideoksi.

5 PROJEKTIN ARVIOINTI

Projektin päätyttyä kokonaisuuden arviointi on tärkeää, sillä arvioinnin kautta tarkastellaan projektin onnistumista, tarkoituksenmukaisuutta sekä tavoitteiden saavuttamista. Arvioinnissa tarkastellaan sekä toteuttamiseen ja tuotokseen liittyviä asioita kuten esimerkiksi aikataulutusta ja ajanhallintaa sekä laadun- ja riskienhallintaa. Projektin kokonaisuuden arvioinnin lisäksi keskeinen toinen arviointitapa on itsearviointi, jonka voi toteuttaa tapauskohtaisesti joko koko projektiryhmä tai joku projektiryhmän jäsenistä. Lisäksi projektia voi arvioida jokin muu henkilö tai ryhmä, joka toteuttaa arvioinnin projektista esimerkiksi auditoimalla. (Kymäläinen ym. 2016, viitattu 8.1.2019.)

5.1 Projektityöskentelyn arviointi

Opinnäytetyölle suunnittelemaamme aikataulu osoittautui realistiseksi. Pysyimme suunnitellussa aikataulussa jokaisessa opinnäytetyön vaiheessa. Aloitimme opinnäytetyöprojektin syksyllä 2017, saimme suunnitelman valmiiksi hyväksytysti keväällä 2018, laadimme käsikirjoituksen ja kuvasimme opetusvideon syksyn 2018 aikana, loppuraportin kirjoitimme tammikuun 2019 aikana.

Suunnitelmaa laatiessa arvioimme projektiimme kohdistuvia mahdollisuuksia ja riskejä SWOT-analyysin avulla. SWOT eli nelikenttäanalyysi on yksinkertainen ja yleisesti, lähinnä yritystoiminnassa, käytetty analysointimenetelmä, mutta se sopii käytettäväksi kaiken tyyppisissä organisaatioissa. Sen avulla voidaan selvittää organisaation sisäiset vahvuudet ja heikkoudet sekä ulkoiset mahdollisuudet ja uhat. (Suomen Riskienhallintayhdistys ry 2018, viitattu 18.4.2018.)

Tunnistimme projektia uhkaaviksi riskeiksi jonkin projektiryhmän jäsenen pitkäaikaisen sairastumisen sekä opiskelu- ja henkilökohtaisen elämän yhdistämisen tuomat aikatauluhaasteet. Opetusvideon laatutavoitteiden saavuttamisen uhkia olivat kuvausvälineistön saatavuus sekä kuvaus- ja editointiosaamisen puuttuminen. Tunnistamamme riskit olivat realistisia, mutta joustavuudella ja hyvällä tiimityöskentelyllä saimme riskit minimoitua eivätkä ne vaikuttaneet projektityöskentelyymme tai projektin etenemiseen.

Suunnitelmavaiheessa tunnistimme projektin vahvuuksiksi projektiryhmän jäsenten välisen hyvän vuorovaikutuksen, työskentelyn tasapuolisuuden sekä ohjaavilta opettajilta ja opponijilta saamamme tuen. Projektiryhmän työskentely oli koko projektin ajan laadukasta ja tasapuolista.

Opiskelemisen, harjoittelujaksojen, opinnäytetyön tekemisen sekä henkilökohtaisen elämän yhdistäminen oli välillä vaikeaa ja raskasta. Vaikeina hetkinä ryhmän työskentelemistä kannatteli yhteinen päämäärä sekä motivoituneisuus saada projekti laadukkaasti päätökseen.

Projektiryhmän välinen viestintä oli projektin aikana avointa ja luontevaa. Yhteyttä pidettiin tapaamisten välillä puhelimitse soittaen, viesteillä perustamamme Whatsapp-ryhmän kautta, sähköpostitse sekä AC-yhteyden kautta. Sovituista tapaamista pidettiin kiinni ja tapaamisia siirrettiin tarvittaessa vain perustellusta syystä. Yhteydenpito ohjaaviin opettajiin tapahtui pääsääntöisesti sähköpostilla, mutta tarvittaessa opettajat järjestivät aikaa myös tapaamisille. Opponoiija tapasimme säännöllisesti opintojen vuoksi koulussa, ja lisäksi pidimme heihin yhteyttä sähköpostitse ja puhelimitse.

5.2 Opetusvideon arviointi

Opetusvideomme laadullisia tavoitteita olivat selkeys, mielenkiintoisuus, ja että sisältö tukee opiskelijan oppimista kompressiohoidon sidontatekniikoista. Pyrimme tuottamaan maksimissaan 6 minuuttia kestävästä videosta, mutta yrityksistä huolimatta videon lopulliseksi kestoksi tuli 8 minuuttia 27 sekuntia. Suunnitellun keston ylittymisestä huolimatta, mielestämme videosta tuli laadukas, johdonmukainen, selkeä sekä yleisilmeeltään rauhallinen.

Opiskelijaryhmälle tekemämme kyselyn vastausten perusteella arvioimme laadullisten tavoitteiden toteutumista opiskelijoiden näkökulmasta. Kyselyyn vastasi yhteensä 20 opiskelijaa. Vastausten perusteella suurin osa opiskelijoista oli sitä mieltä, että opetusvideo oli asiasisällöltään ja kestoaltaan sopivan mittainen. Opetusvideon rakenne oli suurimman osan mielestä selkeä, sekä visuaalinen ilme selkeä ja rauhallinen. Opiskelijat pitivät opetusvideota mielenkiintoisena ja arvioivat, että voivat hyödyntää opetusvideon sisältöä opitellessaan sidontamallien tekemistä. Kyselyssä opiskelijat saivat antaa opetusvideosta palautetta myös vapaasti omin sanoin kirjoittaen. Myös näissä vapaissa kommentteissa korostui vastaajien positiivinen suhtautuminen opetusvideoon. Kuitenkin esille nousi myös muutamia kommentteja siitä, ettei videolla ollut sanallista selostusta sidontamallien tekemisen rinnalla; joidenkin vastaajien mielestä sidontatekniikan selostaminen sanallisesti olisi helpottanut sidontatekniikan sisäistämistä. Suurimmalla osalla oli kyselyyn vastaushetkellä käynnissä opintojakso, jonka asiasisältöön kompressiohoito kuuluu.

6 POHDINTA

Opinnäytetyömme aihe valikoitui toimeksiantajan tarpeen sekä oman kiinnostuksemme ohjaamana. Laadimme opinnäytetyön suunnitelmaan teoriapohjan niin kattavaksi, ettei sitä tarvinnut enää opetusvideon työstämisen eikä raportin kirjoittamisen aikana juurikaan täydentää. Tämä mahdollisti runsaamman ajankäytön opetusvideon suunnitteluun, käsikirjoitukseen sekä kuvaamiseen ja editointiin. Suunnittelimme teoriapohjaa ensin mind mapin avulla kooten asiasanoja aiheemme ympäriltä. Mind mapin avulla teoriapohja rajautui, ja teorialiedon hakujen tekeminen helpottui.

Päätimme jo projektin aloitusvaiheessa, että emme jaa projektissa itsellemme erityisiä rooleja vaan vastaamme projektista kaikki tasapuolisina projektipäällikköinä sekä -sihteereinä. Tapasimme projektia työstäessämme aina fyysisesti; emme kirjoittaneet tekstiä etäyhteyden välityksellä, emmekä itsenäisesti. Se, että kokoonnuimme aina yhteen, edesauttoi sisällön ja tekstin pysymistä yhtenäisenä ja tasalaatuisena. Valitsemamme työskentelytapa osoittautui meille sopivaksi ja toimivaksi. Vain hyvin harvoin jouduimme siirtämään tai perumaan sovittuja tapaamisia henkilökohtaisten esteiden vuoksi, mikä edesauttoi projektissa aikataulussa pysymistä. Jokainen projektiryhmän jäsen oli sitoutunut työskentelemiseen samalla intensiteetillä.

Rajasimme opetusvideon sisältämään vain kompressiohoidon sidontamallit. Opetusvideosta ei olisi saanut tarkoituksenmukaista eikä laatuvaatotteitamme vastaavaa, jos video olisi käsitellyt sisällössään opinnäytetyömme koko aihealueen. Omasta mielestämme opetusvideomme täytti sille asettamamme kriteerit, lukuun ottamatta videon kestoa, joka venyi suunniteltua pidemmäksi. Yrityksistä huolimatta emme saaneet sisältöä tiivistettyä siten, että kesto olisi jäänyt suunniteltuun kuuteen minuuttiin. Jos olisimme ehdottomasti halunneet pitää kiinni kuuden minuutin tavoitteesta, olisi videon jo valmiiksi tiiviiksi rajatusta asiasisällöstä täytynyt jättää jotakin pois. Emme halunneet lyhentää videota jättämällä siitä mitään pois vain tavoitellaksemme kuuden minuutin kestoa. Opiskelijoilta keräämässämme palautteessa ei videon kestoa pidetty liian pitkänä. Opiskelijat arvioivat opetusvideon selkeäksi, mielenkiintoiseksi ja oppimista tukevaksi. Rakentavaa palautetta saimme opetusvideosta sidontatekniikoiden esittelyjen osalta; osa vastanneista opiskelijoista olisi kaivannut opetusvideoon sidontamallin esittelyn rinnalle sanallista selostamista.

Opetusvideo on tuotettu Oulun ammattikorkeakoulun hoitotyön opettajien käyttöön opetusmateriaaliksi. Laitimamme opetusvideo olisi hyvä esitellä opiskelijoille osana tarkemmin käsiteltä kokonaisuutta koskien alaraajojen verenkiertoa ja laskimovajaatoimintaa. Opetusvideon sisällöstä eli kompressiohoidon sidontatekniikoiden oppimisesta on tulevalle hoitajalle hyötyä, kun hän ymmärtää taustat ja syyt kompressiohoidon toteuttamiselle. Kompressiohoidon onnistumisen edellytys on, että hoito toteutetaan oikein. Hoitajan tehtävänä on osata yhdistää teorian tieto käytäntöön, jotta potilaan ohjaamisessa ja hoitoon sitouttamisessa onnistutaan.

Opinnäytetyötä ja opetusvideota työstäessä kompressiohoito ja sidontatekniikat tulivat hyvin tutuiksi. Laskimovajaatoimintaan ja kompressiohoitoon liittyvä teorian tieto täydentyi. Tiedon lisääntyminen aiheesta helpottaa potilaan ohjaamista ja motivoimista hoitoon, sillä osaamme jatkossa perustella potilaalle kompressiohoidon merkityksen ja toteuttamisen teorian tietoon pohjautuen.

Opinnäytetyömme voisi toimia hyvänä lähtökohtana jollekin toiselle opinnäytetyöprojektille, joka veisi eteenpäin tietoa työelämään kompressiohoidosta sekä sen oikeaoppisesta toteuttamisesta. Jatkoaiheena voisi olla esimerkiksi koulutuspaketti jollekin työyhteisölle, jossa hoitotyön ammattilaisia koulutettaisiin kompressiohoidosta, sen käyttöaiheista sekä sen oikeaoppisesta toteuttamisesta sekä siitä saaduista hyödyistä. Lisäksi kompressiohoidossa hyödynnettävän painemittarin käyttö, jonka esittelimme teoriapohjassa, voisi olla toisen opinnäytetyöprojektin pääaihe.

LÄHTEET

Aaltonen, J. 2007. Käsikirjoittajan työkalut. 2. painos. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Airaksinen, T. & Vilkkä, H. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Bell, L. & Bull, G.L. 2018. Digital video and teaching. Viitattu 19.4.2018, <http://www.citejournal.org/volume-10/issue-1-10/editorial/digital-video-and-teaching>.

Brame, C. 2016. Effective Educational Videos: Principles and Guidelines for Maximizing Student Learning from Video Content. Viitattu 1.9.2018, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5132380/>.

Ekonoja, A. 2018. Luentomateriaali: Opetusvideon suunnittelu ja sisällöntuotanto sekä ruutukaappausvideot - luento 3. Viitattu 28.8.2018, <http://appro.mit.jyu.fi/ope/luennot/luento3/>.

EWMA. 2003. Understanding Compression Therapy. Viitattu 17.4.2018, http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA.org/Position_documents_2002-2008/Compression.pdf.

Halmesmäki, K., Eskelinen, E., Isoherranen, K. & Saarinen, J. 2017. Laskimohaavat ja niiden hoito. Viitattu 16.4.2018, <http://www.laakarilehti.fi.ezp.oamk.fi:2048/tieteessa/katsausartikkeli/laskimohaavat-ja-niiden-hoito/>.

Hannuksela, M., Peltonen, S., Reunala, T. & Suhonen, R. 2011. Ihotaudit. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2002. Haava. 1. painos. Porvoo: WSOY.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2016. Hoida ja kirjaa. 9. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Juutilainen, V. & Hietanen, H. 2012. Haavanhoidon periaatteet. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kymäläinen, H., Lakkala, M., Carver, E. & Kamppari, K. 2016. Opas projektityöskentelyyn. Viitattu 8.1.2019,
https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/160099/Opas_projektity%c3%b6skentelyyn_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Käypä hoito. 2016. Alaraajojen laskimovajaatoiminta. Viitattu 29.3.2018,
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi05030>.

Käypä hoito. 2014. Krooninen alaraajahaava. Viitattu 16.4.2018,
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50058#K1>.

Leponiemi, K. 2010. Videokuvaus - taitoa ja tekniikkaa. 1. painos. Jyväskylä: WSOYpro Oy.

Lääketietokeskus Oy. 2004. Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen - näyttöä toiminnan tueksi. Viitattu 1.9.2018, http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report_fin.pdf.

Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M. 2013. Sairaanhoidajan käsikirja. 8. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Opetushallitus. 2018. SWOT-analyysi. Viitattu 18.4.2018,
http://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/wbl-toi/menetelmia_ja_tyovalineita/swot-analyysi.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2016. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Tarnanen, K., Saarinen, J. & Mattila, V. 2017. Alaraajojen laskimovajaatoiminta. Viitattu 5.2.2018,
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00043&p_hakusana=laskimovajaatoiminta.

Turtiainen, K. 2010. Käsikäs - videon käsikirjoittaminen ja tuotantoprosessi. Viitattu 1.9.2018, <https://digikulttuuri.files.wordpress.com/2010/09/kc3a4sikirjoitus1.pdf>.

Saarikoski, R., Stolt, M. & Liukkonen, I. 2012. Alaraajaturvotuksen syyt, ehkäisy ja tunnistaminen. Viitattu 28.3.2018, https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=jal00127.

Saarinen, J. 2004. Laskimoiden vajaatoiminnan diagnostiikka ja hoidon indikaatiot. Viitattu 16.4.2018, <http://www.laakarilehti.fi.ezp.oamk.fi:2048/tieteessa/katsausartikkeli/laskimoiden-vajaatoiminnan-diagnostiikka-ja-hoidon-indikaatiot/>.

Sorden, S. 2016. The Cognitive Theory of Multimedia Learning. Viitattu 1.9.2018, https://www.researchgate.net/publication/267991109_The_Cognitive_Theory_of_Multimedia_Learning.

Stolt, M., Flink, A., Saarikoski, R. & Väyrynen, P. 2017. Jalkaterveys. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. 2018. Keski- ja runsaselastinen tukisidonta. Viitattu 16.4.2018, https://www.shhy.fi/site/assets/files/1041/runsaselastinen_tukisidonta_2018.pdf.

Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. 2018. Vähäelastinen tukisidonta. Viitattu 17.4.2018, https://www.shhy.fi/site/assets/files/1041/vahaelastinen_tukisidonta_2018.pdf.

Suomen Riskienhallintayhdistys. 2018. Riskienhallintaprosessi. Viitattu 18.4.2018, <https://www.pk-rh.fi/riskienhallintaprosessi.html>.

Vauhkonen, I. & Holmström, P. 2012. Sisätaudit. 4. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Vikatmaa, P. 2012. Laskimoperäinen säärihaava. Haava 15 (4), 6.

PALAUTEKYSELY OPETUSVIDEOSTA “Kompressiohoidon sidontatekniikat”

Merkitse vastauksesi ympyröimällä.

1. Millainen opetusvideon asiasisältö mielestäsi oli?

Liian suppea Sopiva Liian laaja

2. Millainen opetusvideon kesto mielestäsi oli?

Liian lyhyt Sopiva Liian pitkä

3. Millainen opetusvideon rakenne mielestäsi oli? Valitse yksi tai enemmän.

Selkeä Johdonmukainen

Epäjohdonmukainen Sekava

4. Millainen opetusvideon visuaalinen ilme mielestäsi oli? Valitse yksi tai enemmän.

Selkeä Rauhallinen Hyvälaatuinen

Rauhaton Huonolaatuinen Sekava

5. Oliko opetusvideo mielestäsi mielenkiintoinen?

Kyllä Ei

6. Onko Sinulla käynnissä tällä hetkellä opintojakso, jonka asiasisältöön kompressiohoito kuuluu?



Kyllä Mikä opintojakso? _____

Ei

7. Voisitko hyödyntää opetusvideon sisältöä kompressiosidonnan tekniikoita opitellessasi?

Kyllä

Ei

En osaa sanoa

Halutessasi voit kirjoittaa muuta palautetta.

Olemme kiitollisia ajastasi sekä antamastasi palautteesta!

Jenna Kossi, Marika Kinnunen ja Niina Eskelinen SAI16SM

Kohtaus 1	Videon otsikko: Kompressiohoito, sidontamallit Otsikko luetaan ääneen, taustalla lavastettu kuva potilasohjaustilanteesta.
Kohtaus 2	Tekstinä: Mitä on kompressiohoito? Tähän kirjoitetaan kompressiohoitoon yleisesti liittyviä tärkeitä asioita. Teksti luetaan kokonaan ääneen, taustalla lavastettu kuva potilasvuoteesta.
Kohtaus 3	Kuva sidonnassa käytettävistä tarvikkeista: * runsas- ja vähäelastinen sidosrulla * vanua, putkisukka, sakset, teippiä, hakaset Kuvassa näkyvät tarvikkeet luetellaan ääneen.
Kohtaus 4	Tekstinä: Kaikissa sidontamalleissa huomioitavaa: Tähän luetellaan tärkeät ja oleelliset asiat kaikkiin sidontamalleihin liittyen. Teksti luetaan kokonaan ääneen, taustalla lavastettu kuva potilasohjaustilanteesta.
Kohtaus 5	Tekstinä: Runsaselastinen sidosmateriaali Tähän luetellaan, kenelle runsaselastinen sidos sopii, miten sitä käytetään ja millä sidontamallilla runsaselastinen sidos sidotaan. Teksti luetaan kokonaan ääneen, taustalla lavastettu kuva potilasvuoteesta.
Kohtaus 6	Tekstinä: Tähkämalli, runsaselastinen sidos Tässä kohdassa kuvataan tähkämallin sidonta lähietäisyydeltä. Taustalla soi musiikki.
Kohtaus 7	Tekstinä: Spiraalimalli, runsaselastinen sidos Tässä kohdassa kuvataan spiraalimallin sidonta lähietäisyydeltä. Taustalla soi musiikki.

Kohtaus 8	Tekstinä: Vähäelastinen sidosmateriaali Tähän luetellaan, kenelle vähäelastinen sidos sopii, miten sitä käytetään ja millä sidontamallilla vähäelastinen sidos sidotaan. Teksti luetaan kokonaan ääneen, taustalla lavastettu kuva potilasvuoteesta.
Kohtaus 9	Tekstinä: Anatominen malli, vähäelastinen sidos Tässä kohdassa kuvataan anatomisen mallin sidonta lähietäisyydeltä. Tässä kohdassa näytetään pehmusteen lisääminen sidoksen alle nilkan kohdalle, käytetään vanua. Taustalla soi musiikki.
Kohtaus 10	Viimeisessä kuvassa taustana lavastettu potilasohjaustilanne. Tekstinä opetusvideossa käytetyt lähteet, tekijät ja opinnäytetyön aihe.