

Opinnäytetyö (AMK)

Sairaanhoitaja

MSHTK17B

2019

Johanna Elo, Tiina Vaarala

VÄHÄELASTINEN TUKISIDONTA ANATOMISEN MALLIN MUKAAN

Johanna Elo, Tiina Vaarala

VÄHÄELASTINEN TUKISIDONTA ANATOMISEN MALLIN MUKAAN

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön raportti käsittelee vähäelastisen tukisidonnan toteuttamista anatomisen mallin mukaan ja lisäksi tiivistetysti tietoa laskimoperäisestä alaraajaturvotuksesta ja säärihaavoista. Se on tehty yhteistyössä Saga Kanalinrannan kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää toimintapäivä Saga Kanalinrannassa, jossa opetetaan työntekijöille vähäelastisten kompressiositeiden sitominen painemittaria apua käyttäen. Tavoitteena oli lisätä henkilökunnan osaamista ja tietoutta vähäelastisten kompressiositeiden sidonnasta anatomisen mallin mukaan.

Säärihaavat ovat todellinen ongelma nyky-yhteiskunnassa alati lisääntyvien kansansairauksien johdosta. On tieteellisesti todistettu, että mm. diabetes, sydän- ja verisuonisairaudet sekä lihavuus ovat riskinä säärihaavojen syntymiselle. Turvotusten hoito on tärkein laskimoperäisten säärihaavojen hoito- ja ennaltaehkäisy muoto. Tutkimukset ovat osoittaneet, että oikein toteutettu kompressiohoito on tehokkain hoitomuoto laskimoiden vajaatoiminnan, laskimoperäisen turvotuksen sekä säärihaavojen hoidossa ja ennaltaehkäisyssä. Sen on todettu nopeuttavan haavojen paranemista, helpottavan laskimoiden vajaatoiminnasta johtuvia oireita, kuten kutinaa ja kipua, sekä ennaltaehkäisevän haavojen uudelleen syntymistä.

Opinnäytetyön työstäminen alkoi syksyllä 2018 opinnäytetyön suunnitelmalla. Itse raportointiosio valmistui kevään 2019 aikana. Raportoinnissa hyödynnettiin alan kirjallisuuden lisäksi kansainvälisiä hakukoneita sekä Käypä hoito -suosituksia. Saga Kanalinrannassa järjestettiin maaliskuussa 2019 kaksi toimintapäivää, joissa opetettiin anatominen sidontatekniikka havainnollistamisen ja demonstraation avulla. Työntekijöille näytettiin oikea sidontatekniikka, jonka jälkeen he kokeilivat sidontaa itse. Opetustilanteet järjestettiin niin, että paikalle saapui enintään kaksi työntekijää kerrallaan. Näin saatiin tilanne pysymään rentona ja mahdollistettiin avoin keskustelu. Suomen Haavanhoitoyhdistys ry:n kuvalliset ohjeet vähäelastisen tukisidonnan toteuttamisesta jätettiin laminoituina versioina Saga Kanalinrantaan. Työntekijöiltä kerättiin opetustilanteen jälkeen palaute, jonka analysoinnin tuloksena ilmeni, että koulutus oli hyödyllinen ja tarpeellinen.

ASIASANAT:

laskimoperäinen alaraajaturvotus, laskimoperäinen säärihaava, kompressiohoito, vähäelastinen tukisidos, anatominen sidontamalli

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Nurse

2019 | 24 of pages, 2 of pages in appendices

Johanna Elo, Tiina Vaarala

SHORT STRETCH BANDAGING ACCORDING TO ANATOMICAL MODEL

This functional thesis deals with short stretch bandaging according to anatomical model and a sealed information about venous leg edema and leg ulcers. It was done in co-operation with Saga Kanalinranta. The purpose of this thesis was to arrange an activity day in Saga Kanalinranta, where was supposed to teach to employees a short stretch bandaging by using a pressure measuring device. The aim of this thesis was to increase the knowledge of Saga Kanalinranta's employees about shorts stretch bandaging according to anatomical model.

The leg ulcers are a real problem among the present society because increasing of people diseases. It has been scientifically proved that the cardiovascular diseases, diabetes and fatness are a risk for a development of leg ulcers. The treatment of edemas is the most important way to care and prevent venous leg ulcers. The studies have shown that the properly implemented compression therapy is the most effective treatment for venous insufficiency, venous edema and to care and prevent venous leg ulcers. It has been stated to speed up ulcer healing, ease the symptoms of venous insufficiency, such as itching and pain, and to prevent the recurrence of venous leg ulcers.

The process started in the fall 2018 when the plan of thesis was made. The actual report of thesis was completed in the spring 2019. Professional literature, international search engines and Käypä hoito -recommendations were used in the reportage. In March 2019 was arranged two activity day at Saga Kanalinranta where was shown the anatomical technique by using demonstration and observation. After the properly binding were shown, tried employees the technique themselves. No more than two people arrived at the scene at the same time, so the situation remained relaxed and made an open discussion possible. Afterwards the laminated figurative instruction about short stretch bandaging by Finnish Wound Care Society were given to Saga Kanalinranta. The feedback was collected after the teaching situation. It was shown that the education was useful and necessary.

KEYWORDS:

venous leg edema, venous leg ulcer, compression therapy, short stretch bandage, anatomical binding model

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	1
2 KROONINEN ALARAAJATURVOTUS	2
2.1 Laskimoiden vajaatoiminta	2
2.2 Laskimoiden vajaatoiminnan oireet ja diagnosointi	2
3 LASKIMOPERÄINEN SÄÄRIHAAVA	4
3.1 Laskimoperäisen säärihaavan synty	4
3.2 Laskimoperäisen säärihaavan tunnusmerkit ja diagnosointi	4
4 KOMPRESSIOHOITO	5
4.1 Kompressiohoidon tavoitteet	5
4.2 Alaraajojen verenkierron tutkiminen	6
5 VÄHÄELASTINEN TUKISIDONTA ANATOMISEN MALLIN MUKAAN	7
5.1 Ennen sidontaa	7
5.2 Anatominen sidontamalli	7
5.3 Hoitopaineluokka vähäelastisissa tukisidoksissa	8
5.4 Vähäelastisten tukisidosten huoltaminen	8
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	9
7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	10
7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö	10
7.2 Saga Kanalinranta	10
7.3 Oppimistilanteen järjestäminen ja opetusmenetelmät	10
7.4 Toimintapäivät Saga Kanalinrannassa	11
7.5 Palautteen analysointi	12
8 POHDINTA	15
8.1 Eettisyys ja luotettavuus	15
8.2 Opinnäytetyön prosessin arviointi	16
8.3 Kehittämisehdotukset	18
LÄHTEET	19

LIITTEET

Liite 1. Vähäelastinen tukisidonta.

KUVIOT

Kuvio 1. Aikaisempaa koulutusta tukisidontaan saaneet. Sivu 17

Kuvio 2. Taitojen arviointi tukisidontaan ennen koulutusta. Sivu 18

Kuvio 3. Taitojen arviointi tukisidontaan koulutuksen jälkeen. Sivu 19

TAULUKOT

Taulukko 1. Laskimovajaatoiminnan vaikeusasteen kliininen luokittelu. Sivu 5

Taulukko 2. Opetustilaisuuden onnistuminen ja hyödyllisyys. Sivu 18

Taulukko 3. Vapaamuotoiset ajatukset ja kommentit koulutuksen sisällöstä. Sivu 19

1 JOHDANTO

Säärihaavat ovat todellinen ongelma nyky-yhteiskunnassa alati lisääntyvien kansansairauksien johdosta. On tieteellisesti todistettu, että mm. diabetes, sydän- ja verisuonisairaudet sekä lihavuus ovat riskinä säärihaavojen syntymiselle. (Hannuksela, 2012.) Turvotusten hoito on tärkein laskimoperäisten säärihaavojen hoito- ja ennaltaehkäisy muoto (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2014). Tämän vuoksi aihe on erityisen tärkeä ja mielenkiintoinen.

Tutkimukset ovat osoittaneet, että oikein toteutettu kompressiohoito on tehokkain hoitomuoto laskimoiden vajaatoiminnan, laskimoperäisen turvotuksen sekä säärihaavojen hoidossa ja ennaltaehkäisyssä. Sen on todettu nopeuttavan haavojen paranemista, helpottavan laskimoiden vajaatoiminnasta johtuvia oireita, kuten kutinaa ja kipua, sekä ennaltaehkäisevän haavojen uudelleen syntymistä. (Ratliff ym. 2016.)

Hoitajan velvollisuus on opetella oikea sidontatekniikka, sillä väärin toteutettuna se on hyödytön tai jopa haitallinen (Ritchie 2018, 22). Sairaanhoidajan eettiset ohjeet velvoittavat hoitajaa pitämään ammattitaitoaan yllä ja hankkimaan lisäkoulutusta. ”Tekemästään hoitotyöstä sairaanhoitaja vastaa henkilökohtaisesti. Hän arvioi omansa ja muiden pätevyyden ottaessaan itselleen tehtäviä ja jakaessaan niitä muille. Ammatissa toimivan sairaanhoitajan velvollisuutena on jatkuvasti kehittää ammattitaitoaan.” (Sairaanhoidajaliitto 2014.) Laki potilaan oikeuksista pykälien 3 ja 5 mukaan potilaalla on oikeus saada laadullista hoitoa ja tähän liittyen asianmukaista tietoa terveydentilasta sekä hoidon merkityksestä ja vaikutuksesta (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992).

Opinnäytetyön aihe valittiin, koska palvelukeskus Saga Kanalinrannassa ilmeni tarve lisätä työntekijöidensä tietoutta laskimoperäisistä säärihaavoista ja alaraajaturvotuksesta sekä opettaa oikea vähäelastisten kompressiosidosten sidontatekniikka anatomisen mallin mukaan.

Opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö. Sen tarkoituksena oli järjestää toimintapäivä Saga Kanalinrannassa, jossa opetetaan työntekijöille vähäelastisten kompressiositeiden sitominen painemittaria apua käyttäen. Tavoitteena oli lisätä henkilökunnan osaamista ja tietoutta vähäelastisten kompressiositeiden sidonnasta anatomisen mallin mukaan. Lisäksi henkilökunnan käyttöön annettiin Suomen haavanhoitoyhdistys ry:n kuvalliset ohjeet vähäelastisesta tukisidonnasta, jota he voivat käyttää jatkossa tukena jokapäiväisessä työssään ja perehdytyksessä. Suomen haavanhoitoyhdistyksen laatimiin ohjeisiin päädyttiin, koska ne perustuvat Käypä hoito -suosituksiin, jotka puolestaan ovat Suomen terveydenhuollossa yleisesti käytettyjä ajankohtaisia ja luotettavia tietolähteitä.

2 KROONINEN ALARAAJATURVOTUS

Alaraajaturvotukseen voi olla monia eri syitä. Näitä ovat mm. sydämen- ja/tai laskimoiden vajaatoiminta, imunestekierron häiriöt sekä maksan tai munuaisten vajaatoiminta. Syyistä riippumatta, johtuu turvotus aina siitä, että hiussuonten seinämien läpi tihkuu nestettä kudoksien soluvälitilaan. (Korhonen 2018, 37; Saarelma 2018.)

Laskimoiden vajaatoiminnassa on useimmiten taustalla läppämekanismien rappeutuminen tai laskimoiden laajentuminen. Tällöin veren paluu laskimoita pitkin sydämeen hidastuu, laskimopaine nousee ja nestettä tihkuu kudoksiin (Saarelma 2018). Laskimopainetta voi nostaa myös sydämen vajaatoiminta (Korhonen 2018, 37; Saarelma 2018).

Maksan- tai munuaisten vajaatoiminta saattaa pienentää veren valkuaisaine- tai natriumpitoisuutta. Tämä puolestaan vaikuttaa veren osmoottisen paineen laskemiseen, joka aiheuttaa turvotuksen. (Korhonen 2018, 37; Saarelma 2018.)

Imunestekierron häiriöissä nesteen takaisinkulkeutuminen laskimoihin estyy/hidastuu. Syitä voivat olla esimerkiksi pehmytkudoksen infektio (yleisimpänä ruusu), syöpäleikkauksen yhteydessä poistetut imusolmukkeet, ylipaino sekä harvinaisempaan syytä imusuonten puutos tai vajaatoiminta. (Hannuksela-Svahn 2014.)

2.1 Laskimoiden vajaatoiminta

Laskimoiden vajaatoiminta on yleinen ja etenevä sairaus, jota esiintyy sekä pinta- että syvissä laskimoissa. Riski vajaatoiminnalle on suurempi naisilla kuin miehillä. Lisäksi altistavia tekijöitä ovat raskaus ja sukurasite. Elintavoilla, kuten tupakoinnilla ja alkoholin käytöllä, ei ole todettu olevan vaikutusta vajaatoiminnan syntyyn. (Alaraajojen laskimovajaatoiminta: Käypä hoito -suositus, 2016.)

Perimmäistä syytä laskimoiden vajaatoiminnalle ei tunneta. Pinta- ja syvien laskimoiden takaisinvirtaus, yhdyslaskimovika sekä ruiskutushoidon ja lääkeruiskkeen komplikaatiot voivat aiheuttaa kroonista laskimoiden vajaatoimintaa. Näistä takaisinvirtaus on yleisin syy, joko yksinomaan pintalaskimoiden, tai yhdessä syvien- ja/tai yhdyslaskimoiden kanssa. Takaisinvirtauksesta johtuen laskimopaine nousee. (Hietanen ym. 2005, 137 & 141; Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2014; Haesler 2018, 1.) Veren takaisinvirtaukselle altistaa myös heikentynyt pohjelihaspumpun toiminta liikkumattomuuden tai heikon lihaskunnan vuoksi sekä lihavuudesta johtuva vatsaontelon paine (Jansson 2017).

2.2 Laskimoiden vajaatoiminnan oireet ja diagnosointi

Laskimoiden vajaatoiminnan tyypioireina pidetään jalkojen väsymystä, särkyä, kutinaa ja turvotusta. Näkyviä muutoksia ovat mm. hyperpigmentaatio, avoin haava, parantunut haava, ekseema, kovettuma ihonalaiskudoksessa sekä seistessä esiintyvät suonikohjut. Aina ei esiinny näin selkeitä ihomuutoksia, vaan jaloissa voi esiintyä ekseemaattista iho-ärsytystä, pigmenttiläiskiä sekä raapimisjälkiä. Pelkästään edellä mainitut tyypioireet

eivät riitä diagnoosiin, vaan diagnosointia tehdessä on tärkeää muodostaa kokonaiskuva oireista ja poissulkea muut mahdolliset sairaudet, joissa esiintyy samoja oireita. Kliinisen tutkimuksen lisäksi potilaalle tehdään laskimoiden kaikukuvaus. (Saarinen, 2013; Alaraajojen laskimovajaatoiminta: Käypä hoito -suositus, 2016; Halmesmäki ym. 2017, 500.)

Vajaatoiminnan diagnoosia tehdessä olennaista on myös arvioida laskimovajaatoiminnan vaikeusaste kliinisen luokittelun mukaan. Tärkeintä on tiedostaa, onko vajaatoiminta komplisoitumaton vai komplisoitunut (taulukko 1).

Taulukko 1. Laskimovajaatoiminnan vaikeusasteen kliininen luokittelu.

Komplisoitumaton laskimovajaatoiminta (Co–3)	
Kliininen luokka Co	Normaali löydös, ei laskimovajaatoiminnan löydöksiä
Kliininen luokka C1	Teleangiektasioita tai retikulaarisia ihonalaisia laskimoita
Kliininen luokka C2	Suonikohjuja, ei turvotusta, ei laskimovajaatoimintaan liittyviä ihomuutoksia
Kliininen luokka C3	Suonikohjuja, turvotusta, ei laskimovajaatoimintaan liittyviä ihomuutoksia
Komplisoitunut laskimovajaatoiminta (C4–6)	
Kliininen luokka C4	Laskimovajaatoimintaan liittyviä ihomuutoksia: hyperpigmentaatio, ekseema, lipodermatoskleroosi
Kliininen luokka C5	Laskimovajaatoimintaan liittyviä ihomuutoksia ja parantunut laskimohaava
Kliininen luokka C6	Laskimovajaatoimintaan liittyviä ihomuutoksia ja avoin laskimohaava

Alaraajojen laskimovajaatoiminta: Käypä hoito -suositus, 2016 (viitattu 11.1.2019). www.käypähoito.fi

3 LASKIMOPERÄINEN SÄÄRIHAAVA

Valtaosa kroonisista säärihaavoista johtuu alaraajan verenkiertohäiriöstä. Laskimoiden vajaatoiminta on suurin tekijä, n. 37-76% tapauksista. Kun laskimoperäinen säärihaava on ollut neljä viikkoa, sen katsotaan kroonistuneen. Riski säärihaavalle lisääntyy iän myötä ja on yleisempää naisilla kuin miehillä. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2014.)

3.1 Laskimoperäisen säärihaavan synty

Laskimoperäinen säärihaava syntyy, kun laskimoiden vajaatoiminnan seurauksena syntyvä laskimohypertonia laajentaa hiussuonten seinämät päästäten veren ainesosat virtaamaan kudoksiin. Endoteelisolut vaurioituvat valkosoluvälitteisen entsyymiaktivaation vuoksi, jonka seurauksena ihonalaiskudokseen muodostuu fibroosia ja lopulta, esimerkiksi ulkoisen paineen seurauksesta, säärihaava. Laskimohypertonia aiheuttaa jatkuestaan myös kroonisen tulehdusvasteen, joka myöhemmin saattaa johtaa säärihaavan syntyyn. (Hietanen ym. 2005, 141; Crawford ym. 2017.)

3.2 Laskimoperäisen säärihaavan tunnusmerkit ja diagnosointi

Laskimoperäinen säärihaava sijaitsee tyypillisesti säären alaosassa tai kehräsluiden alueella. Haava on yleensä runsaseritteinen, fibriinikatteinen ja matala. Itse raaja on usein lämmin sekä turvonnut ja haavaa ympäröivässä ihossa esiintyy ihomuutoksia. Kohoasento hellittää haavakipua. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2014.)

Säärihaavan diagnosointi perustuu kliiniseen tutkimukseen sekä potilaan perusteelliseen haastatteluun. Olennaista diagnoosin tekemisessä on tehdä perusteellinen esitietojen selvitys: Mitä perussairauksia potilaalla on? Onko ylipainoa tai vajaaravitsemuksen riski? Mikä on potilaan lääkitys? Onko haava saanut alkunsa ulkoisesta tekijästä, esimerkiksi verisuonitoimenpide tai vamma? Millaisessa ajassa haava on syntynyt, kauanko se on ollut ja onko syntyyn saattanut vaikuttaa esimerkiksi sairastettu ruusu tai laskimotukos? Onko mahdollista alaraajojen turvotusta hoidettu ja miten? (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2014.)

Kun esitiedot on kirjattu, siirrytään arvioimaan haavan ulkonäköä, kokoa ja syvyyttä. Lisäksi tutkitaan, minkälainen on ympäröivä iho. Esiintyykö iholla pigmentaatiota, ekseemaa, onko ihonalaiskudos kovettunut tai näkykö sääressä vaaleaa ihoaluetta? Onko jaloissa turvotusta? Miten nilkka liikkuu? Onko infektion merkkejä? Millainen on ihotunto? (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2014.)

4 KOMPRESSIOHOITO

Tutkimukset ovat osoittaneet, että oikein toteutettu kompressiohoito on tehokkain hoitomuoto laskimoiden vajaatoiminnan, laskimoperäisen turvotuksen sekä säärihaavojen hoidossa ja ennaltaehkäisyssä (Todd 2014, 466; Ratliff ym. 2016; Halmesmäki ym. 2017, 501). Sen on todettu nopeuttavan haavojen paranemista, helpottavan laskimoiden vajaatoiminnasta johtuvia oireita, kuten kutinaa ja kipua, sekä ennaltaehkäisevän haavojen uudelleen syntymistä (Ratliff ym. 2016).

Kompressiohoidon haasteena on usein potilaan hoitomyönteisyys. Hoitomyönteisyyttä voidaan lisätä kiinnittämällä huomiota sidosmalliin, -tekniikkaan sekä siihen, että sidokset on sidottu asianmukaisesti ja ne pysyvät tukevasti paikallaan. Huonosti sidotut sidokset voivat aiheuttaa ylimääräistä puristusta ja turvotusta sekä iho-ongelmia. Säännöllinen hoidon toteuttaminen on ensiarvoisen tärkeää hoitovasteen aikaansaamiseksi. On tärkeää saada motivoitua potilas kompressiohoitoon, sillä oikein toteutettuna se parantaa potilaan elämänlaatua. (Hietanen ym. 2005, 154; Korhonen 2018, 39; Ritchie 2018, 22 & 28.)

Kompressiohoidon aikana on hyvä aktivoida pohjelihasta esimerkiksi nilkan ojennus -koukistus -liikkeellä, varvasnousuilla, sekä kävelylenkkien avulla. Pohjelihaksen aktiivisen toiminnan lisäksi myös jalan ajoittainen kohoasento tukee hoitoa. (Castrén 2011; Ritchie 2018, 28; Ihotautitalo 2019.) Potilaan aktiivisuus vaikuttaa kompressiohoidon toteuttamistapaan. Esimerkiksi tukisidosten elastisuuteen ja sidontatekniikkaan. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2014.)

Kompressiohoito aloitetaan usein tukisidoksilla, sillä turvotus on alussa runsasta ja se saattaa vähentyä nopeastikin. Kun turvotus on saatu laskemaan, voidaan siirtyä lääkinällisiin hoitosukkiin, jotka mitoitetaan potilaan säären ja jalkaterän mittojen mukaan. (Ihotautitalo 2019.)

Vaikea tai epätasapainossa oleva sydämen vajaatoiminta, tuore laskimotukos, akuutti tulehdus, riittämätön valtimoverenkierto tai kriittinen iskemia sekä ASO-tauti ovat vasta-aiheita kompressiohoidolle. (Juutilainen & Hietanen 2012, 292; Isoherranen ym. 2013.)

4.1 Kompressiohoidon tavoitteet

Kompressiohoidon tavoitteena on parantaa nesteen takaisinimeytymistä kudoksista hiussuoniin ja vähentää nesteen kulkeutumista hiussuonista kudoksiin, eli se vähentää kapillaarien ja kudosten välistä paine-eroa. Se tukee pohjelihaksen toimintaa ulkoisen vastuksen avulla sekä pienentää pintalaskimoiden painetta, joka puolestaan lisää sekä pinnallisten, että syvien laskimoiden virtausnopeutta. Kompressiohoito edesauttaa laskimoveren kulkeutumista sydämeen tukemalla laskimoläppien toimintaa. (Hietanen ym. 2005, 152; Hopkins ym. 2005, 26; Folguera-Alvarez 2016, 3.) Lisäksi kompressiohoito vähentää kipua ja turvotuksesta johtuvia muita oireita, kuten kutinaa (Ratliff ym. 2016).

4.2 Alaraajojen verenkierron tutkiminen

Ennen kompressiohoidon aloittamista tulee lääkärin arvioida valtimoverenkierron riittävyys ABI-mittauksen avulla. Tämä tarkoittaa nilkka - olkavarso painesuhteen mittausta dopplerlaitteella. Olkavarrossa on luonnollisesti hieman pienempi paine, kuin nilkassa. ABI-indeksin normaaliarvot ovat 1,0-1,3. Merkittävä heikentyneen valtimoverenkierron arvo on alle 0,9. ABI-mittaus suoritetaan makuuasennossa ja jalkojen pitää olla lämpimät. Tarvittaessa jalat voidaan lämmittää. Muuten mittauksessa toimitaan samojen periaatteiden mukaan, kuin perinteistä verenpainetta mitattaessa. Yleisesti mittauksen tekee lääkäri, mutta mittaus on mahdollista opettaa myös sairaanhoitajalle. (Dopplerlaitteen käyttö perusterveydenhuollossa: Käypä hoito -suositus, 2010.)

Lisäksi alaraajojen verenkiertoa tutkitaan sykepalpaation avulla. Se toteutetaan pulsseja tunnustelemalla systemaattisesti nivusista, polvitaiteista ja jalkateristä. Mikäli kummatkin jalkaterän sykkeet tuntuvat selkeästi, sulkee se todennäköisesti pois valtimoverenkierron häiriön. Merkittävä valtimoverenkierron häiriö toimii vasta-aiheena kompressiohoidon aloittamiselle. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2014.) Verisuonikirurgin arvio tarvitaan siinä tapauksessa, jos perifeeriset sykkeet eivät erotu tai ABI-mittauksen tulokset ovat viitearvojen ulkopuolella (Halmesmäki ym. 2017, 501).

5 VÄHÄELASTINEN TUKISIDONTA ANATOMISEN MALLIN MUKAAN

Potilaille, jotka liikkuvat omatoimisesti, soveltuu vähäelastinen sidos. Se tukee potilaan pohjelihastoimintaa. Vähäelastinen sidos sidotaan säären anatomian mukaisesti. Kompressiosidokset tulee laittaa aina aamuisin ennen ylösousemista, jotta vältetään nesteen kerääntyminen jalkoihin. Levossa puristusaine on vähäinen, joten sama sidos voi olla sääressä useamman vuorokauden ajan, mikäli valtimoverenkierto on riittävä. Hoidon alkuvaiheessa sidoksia tulee kuitenkin uusia tiheämmin sen mukaan, miten turvotus vähenee. Jotta saadaan oikea puristusaine aikaiseksi, voidaan sidontatekniikan opettelussa käyttää painemittaria apuna. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2014.)

Mikäli turvotus on runsasta, on mahdollista, että sidokset joudutaan sitomaan useaan kertaan, koska hoidon alkuvaiheessa turvotuksen määrä saattaa vaihdella runsaasti. Tällöin jalkoja tulisi pitää koho- tai vaaka-asennossa puoli tuntia ennen sidosten poistamista ja uusien sitomista. Tukisidoshoidon aloitetaan aina lääkärin määräyksestä. (Suomen haavanhoitoyhdistys ry 2018.)

5.1 Ennen sidontaa

Mikäli turvotus on erittäin runsasta ja jalka erittää kudostenestettä, olisi hyvä ennen sitomista pitää jalkoja kohoasennossa vuorokauden ajan. Näin saadaan runsain turvotus laskemaan ennen kompressiohoidon aloitusta. Tarpeen mukaan voidaan antaa myös lymfahierontaa. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2014; Korhonen 2018.) Sitomiseen tarvitaan yhtä jalkaa kohden vähintään kaksi vähäelastista kompressiosidettä, toinen kapea (5-8cm) ja toinen leveämpi (10-12cm). Lisäksi tarvitaan putkisuukkaa suojaamaan ihoa, sekä vanua, mikäli halutaan suojata luiset kohdat, kuten malleolien ja sääriluun alueet. Sidokset kiinnitetään teipeillä. (Suomen haavanhoitoyhdistys ry 2018.)

Potilaan jalkojen ihon kunto tarkastetaan aina ennen sidontaa. Yleisesti ottaen jalkojen hyvinvointiin liittyy puhtaus (huolellinen pesu ja kuivaus), varpaiden ja kynsien hoito sekä jalkaterien ja säärien rasvaaminen. Mahdolliset haavat ja ihottumat huomioidaan. Ihon kunnosta huolehtiminen lisää kompressiohoidon siedettävyyttä. (Ritchie 2018, 28; Stolt ym. 2016.)

5.2 Anatominen sidontamalli

Anatomisen sidontamallin perusajatuksena on myötäillä säären omaa muotoa. Tästä syystä jokainen sidonta on yksilöllinen ja sen ulkonäkö vaihtelee potilaasta riippuen. Jalkan malli voi joskus olla hankala ja oikean sidontatekniikan oppiminen vaatii useita toistoja. Sitojan tulee kiinnittää huomiota omaan ergonomiaan ja auttaa potilas asentoon, jossa hänenkin on hyvä olla. (Suomen haavanhoitoyhdistys ry 2018.)

Kun esivalmistelut on tehty, nilkka asetetaan 90 asteen kulmaan, joka säilytetään koko sidonnan ajan. Sitominen aloitetaan kapeammalla sidoksella varpaiden juuresta ja kiertosuunta on ulkosyryjästä sisäänpäin. Kantapää peitetään kokonaan jalkaa luonnollisesti mukaillen niin, ettei sidonta estä nilkkaa liikkumasta. Sidontaa jatketaan säärtä pitkin jalan oman muodon mukaan, paineen laskiessa asteittain ylöspäin mentäessä. Jotta jalan anatominen malli ohjaisi sidosten etenemistä, tulisi sidosta venyttää tasaisesti molemmista reunoista. Sidoksen pää kiinnitetään teipeillä ja uutta sidosta lähdetään aina kiertämään nilkasta ylöspäin käyttäen leveämpää sidosta. On tärkeää kiinnittää huomiota siihen, että sidos ei ryppyynny missään vaiheessa, vaan kulkee tasaisesti koko ajan. Tukisidoksen tulisi päättyä kaksi sormenleveyttä polvitaiteesta. Liikkuminen ei saa estyä tukisidoshoidon vaikutuksesta, joten sidokset on sidottava niin, että luonnolliset liikeradat ovat mahdollisia. (Suomen haavanhoitoyhdistys Ry 2018.)

Sidonnan liialliseen kireyteen on kiinnitettävä huomiota erityisesti siinä tilanteessa, kun jalka on tunnoton, koska potilas ei itse pysty liiallista kireyttä ilmaisemaan (Juutilainen & Hietanen 2012, 284). Tukisidosten mukana tulevien kiinnikehakasten käyttö on ehdottomasti kielletty, kun sidokset ovat jalassa. Nämä voivat altistaa ihon rikkoutumiselle. (Comprilan© -käyttöohje 2019.)

5.3 Hoitopaineluokka vähäelastisissa tukisidoksissa

CEN eli Comite Europeen de Normalisation määrittelee tukisidoksissa ja hoitosukissa käytettävät hoitopaineluokat. Vähäelastisissa tukisidoksissa käytetään paineluokkaa II, eli 24-34mmHg. Tällöin paine on nilkan kohdalla 100% ja alenee tasaisesti ylösmessä niin, että pohkeen alueella paine on 70%. Tämän paineluokan käyttöaiheita ovat mm. laskimoperäisen turvotuksen ja säärihaavan ehkäisy ja hoito, lymfaperäinen turvotus, varikoottisen ekseeman hoito sekä suonikohjutoimenpiteiden, erysipelaksen ja sädetyksen jälkihoito. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2014; Saarikoski 2017, 283-284.) Kompressiohoitoa toteuttaessa on tärkeää huomioida potilaan omat tuntemukset jalassa ja seurata oireita, kuten kipua tai liiallista puristuksen tunnetta. Vaikka paine olisi teoreettisesti oikea, voi se tuntua potilaalle ikävältä tai sietämättömältä. Hoitomyöntyvyyden vuoksi olisikin hyvä käyttää sellaista painetta, jonka potilas sietää hyvin. (Pukki 2012, 286.)

Laplacen laki määrittelee sidoksen alla olevan paineen. Laplacen laissa käytetään kaavaa $P (=paine) \propto (=verranollinen) T (=kireys) / R (=säde)$. Kompressiosidontaa aloitettaessa paine kasvaa, kun sidosta kierretään tiukemmalle ja pienenee, kun pohkeen kaarevuus lisääntyy. Eli sidoksen alla oleva paine on suoraan verrannollinen sidonnan kireyteen, mutta kääntäen verrannollinen pohkeen kaaren säteeseen. (Thomas 2014, 235.)

5.4 Vähäelastisten tukisidosten huoltaminen

Tukisidokset voidaan pestä koneessa 90 asteessa. Ne säilyttävät ominaisuutensa kymmenen pesukerran verran. Sidokset ripustetaan vettä valuvina kuivumaan aaltomaisesti esimerkiksi pyykinkuivaustelineelle, jottei sidokset venyisi roikkuessaan. Rumpukuivaus, silitys ja sidosten valkaisu on kiellettyä. (Comprilan© -käyttöohje 2019.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää toimintapäivä Saga Kanalinrannassa, jossa opetetaan työntekijöille vähäelastisten kompressiositeiden sitominen painemittaria apua käyttäen. Tavoitteena oli lisätä henkilökunnan osaamista ja tietoutta vähäelastisten kompressiositeiden sidonnasta anatomisen mallin mukaan. Lisäksi henkilökunnan käyttöön annettiin laminoituina versioina Suomen haavahoitoyhdistys ry:n värikuvalliset ohjeet vähäelastisesta tukisidonnasta. Valmis opinnäytetyö jätetään kirjallisena versiona työntekijöiden luettavaksi.

Aihetta lähdettiin pohtimaan seuraavien kysymysten kautta:

1. Miten laskimoperäinen säärihaava ja turvotus syntyy?
2. Miten vähäelastinen kompressiosidonta toteutetaan?
3. Miten järjestää toimiva opetustilanne?
4. Millainen on hyvä opetusmenetelmä?

Opinnäytetyö rajattiin käsittelemään laskimoperäisen säärihaavan ja alaraajaturvotuksen syntymekanismia sekä etenkin laskimoperäisten turvotusten ennaltaehkäisyä ja hoitoa vähäelastisten kompressiosidosten avulla. Saga Kanalinrannassa suurin osa asukkaista ovat omatoimisesti liikkuvia. Käypä hoito -suosituksen mukaan vähäelastinen sidos tukee liikkuvien potilaiden pohjelihastoimintaa ja sidonnassa myötäillään säären omaa anatomiaa (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2014).

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö toimii vaihtoehtona tutkimukselliselle opinnäytetyölle ja sen seurauksena syntyy aina jotakin konkreettista (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9 & 51). Tässä opinnäytetyössä konkreettinen tuotos on Saga Kanalinrannassa järjestettävät kaksi toimintapäivää, joissa opetetaan työntekijöille vähäelastisten kompressiositeiden sitominen anatomisen mallin mukaan.

Toiminnallinen opinnäytetyö on keino päästä ratkaisemaan esimerkiksi käytännönläheisiä ja työelämälähtöisiä ongelmia. Tämän vuoksi toiminnallisessa opinnäytetyössä on usein toimeksiantaja. Toiminnallisen opinnäytetyön perustana toimii tutkittu tieto ja tarkkaan laadittu teoreettinen viitekehys. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 17 & 30.)

7.2 Saga Kanalinranta

Saga Kanalinranta sijaitsee Raumalla ja kuuluu Espero Care -konserniin. Palvelukeskuksessa on 80 asuntoa ja näiden lisäksi vielä erillinen 18-paikkainen ryhmäkoti erityistä huolenpitoa tarvitseville. Palveluina on tarjolla kerran kuukaudessa tehtävistä tervehdyksikäynneistä tehostettuun palveluasumiseen sekä saattohoito. Talosta löytyy myös oma fysioterapeutti, jalkahoitaja, siivooja, kahvio ja ravintola sekä lääkäri käy kerran viikossa pitämässä vastaanottoa. Virikehoitaja huolehtii monipuolisesta vapaa-ajan toiminnasta. Hoitohenkilökunta koostuu terveydenhoitajista, sairaanhoitajista, lähihoitajista ja hoito-apulaisista.

7.3 Oppimistilanteen järjestäminen ja opetusmenetelmät

Hyvässä oppimistilanteessa vuorovaikutus on avointa ja kysymysten esittäminen sallittua. Kysymysten esittäminen lisää motivaatiota, koska ne tuovat esille opittavan asian tarkoituksen ja merkityksellisyyden. Myös opetettavan asian ajankohtaisuus ja kiinnostavuus lisäävät motivaatiota. David A. Kolbinin kehittämän kokemuksellisen oppimisen mallin mukaan keskeisessä osassa ovat opiskelijan omat kokemukset ja elämykset. Tätä mallia käytettäessä opiskelijalla tulisi jo olla omakohtaista kokemusta opeteltavasta asiasta, motivaatiota kehittää itseään sekä kyky arvioida toimintaansa. Kokemuksellisen oppimisen mallissa oppiminen etenee neljän eri vaiheen läpi lähtien liikkeelle opiskelijan aiheita koskevista kokemuksista. Reflektioivan havainnoinnin vaiheessa opiskelija pohtii, mitä hän on oppinut. Seuraavaksi opiskelijan kokemuksista muodostetaan yleiskäsite, jonka jälkeen hän kokeilee käytännössä oppimaansa. (Pruuki 2008, 13-14 & 21.) Saga Kanalinrannan hoitajat toteuttavat tukisidoshoitoa säännöllisesti työssään, joten heillä on hyvät lähtökohdat kokemuksellisen oppimisen mallin hyödyntämiseen.

Toimintapäivissä pyrkimyksenä on konkretisoida sidontatekniikka käyttämällä opetusmenetelminä havainnollistamista ja demonstrointia. Havainnollistaminen herättää ja ylläpitää mielenkiintoa oppimiseen ja auttaa eri aistien kautta konkretisoimaan esitettävää

asiaa. Monen aistin käyttö opetustilanteen aikana auttaa oppijaa ymmärtämään ja sisäistämään opittavaa asiaa ja muistamaan tämän myös jatkossa. (Vuorinen 2001, 42-44 & 89-91.) Demonstrointi on hyvä opetusmenetelmä silloin, kun opetellaan käytännön taitoja. Sen avulla opitaan esimerkin kautta, itse tekemällä. Opettavan henkilön on hyvä esittää opetettava asia vaihe vaiheelta pitäen taukoja tärkeissä kohdissa, jotta asian sisäistäminen olisi selkeää oppijalle. (Oulun ammattikorkeakoulu 2006.)

Opetuksessa on hyvä käyttää apuna painemittaria, jotta työntekijät voivat konkreettisesti kokeilla, miten oikea puristusaine saavutetaan. Kikuhime® -painemittarissa on ilmatäytteen anturi, joka asetetaan ennen sidonnan aloittamista sisämalleolin yläpuolelle. Anturista lähtevä letku kiinnitetään painemittariin. Kun sidonta on valmis, vedetään anturia varovasti ylöspäin pohjetta pitkin samalla tarkkaillen painelukemaa. (Kikuhime® -käyttöohje 2019.)

7.4 Toimintapäivät Saga Kanalinrannassa

Johtajan toivomuksesta järjestettiin kaksi toimintapäivää, jotta mahdollisimman moni pääsi osallistumaan. Toimintapäivät toteutettiin peräkkäisinä päivinä klo 10-18. Näin osallistuminen oli mahdollista sekä aamu- että iltavuorolaisille. Työntekijät saapuivat paikalle itselleen sopivana aikana, jotta normaali työpäivän kulku häiriintyi mahdollisimman vähän. Toivomuksena kuitenkin oli, että paikalle saapuisi 1-2 henkilöä kerrallaan, jotta opetustilanne saatiin pysymään rentona ja pystyimme käymään avointa keskustelua koko tilanteen ajan. Sekä palvelukeskuksen että ryhmäkodin hoitajat osallistuivat opetustilaisuuteen. Opetustilaisuus järjestettiin palvelukeskuksen puolella, toisen kerroksen aulaan. Tämä oli käytännöllisin sijainti hoitajien saapua paikalle töidensä lomassa. Sidonnan opetukseen tarvittavat materiaalit, kuten tukisidokset, teippi ja putkisukka, saatiin käyttöön toimeksiantajalta.

Opetustilanteet aloitettiin kertomalla vähäelastisesta tukisidonnasta anatomisen mallin mukaan. Työntekijöiltä kysyttiin aikaisempaa kokemusta kyseisestä sidontatekniikasta ja moni vastasi sen olevan tuttu. Silti sidontatekniikkaa näytettäessä monet hämmästyivät siitä, miten sidos kulkee pohkeen muotoisesti. Työntekijöille perusteltiin vähäelastisten tukisidosten ja anatomisen mallin käyttö. Ne tukevat pohjelihastoimintaa ja sopivat tämän vuoksi liikkuville potilaille. Sidoksia voi pitää jaloissa useamman vuorokauden ajan, kunhan ne ovat tukevasti sidotut ja valtimoverenkierron on todettu olevan riittävä. Sidontatekniikan sopimattomuutta vuodepotilaille painotettiin, koska sen paine on levossa vähäinen. Sidontatekniikka näytettiin vaihe vaiheelta samalla kertoen, miten sidonta aloitetaan aivan varpaiden tyvestä, ulkosyrjästä sisäänpäin kiertäen, miten kantapää saadaan piiloon ja miten sidos etenee luonnollisesti säären anatomiaa muotoillen niin, että paine laskee tasaisesti ylöspäin mentäessä. Opetuksen tukena oli alun perin tarkoitus käyttää Kikuhime® -painemittaria, mutta laitetta ei saatu käyttöön sen ollessa huollossa.

Sidontatekniikan demonstroidin jälkeen työntekijät saivat itse harjoitella sidontaa. Moni yllättyi tekniikan haastavuudesta, koska sen tekeminen näytti niin helpolta. Vaikeaksi koettiin kantapään peittäminen ja arkuutta esiintyi erityisesti säärtä ylöspäin mentäessä, jolloin ei uskallettu mukailla pohkeen omaa anatomiaa vaan lähdettiin herkästi korjamaan sidoksen kulkusuuntaa vastaamaan spiraalimallia. Tällöin työntekijöille kerrottiin, ettei sidoksen suuntaa saa itse ohjata, sidontatekniikan oppiminen vaatii useita toistoja ja jokainen sidonta on yksilöllinen. Väärin toteutettuna sidonnasta ei ole hyötyä, joten se

tulisi purkaa ja tehdä uudelleen, kunnes sidonta on oikeanlainen. Työntekijät esittivät opetustilanteen aikana aktiivisesti kysymyksiä, joihin vastattiin opinnäytetyön lähteisiin perustuen. Myös sellaisia kysymyksiä esitettiin, jotka eivät suoranaisesti liittyneet opinnäytetyön aiheeseen, mutta niihin selvitettiin vastaukset ja kerrottiin myöhemmin. Haluttiin esimerkiksi tietää, millaiset sidokset sopivat vuodepotilaalle, pyörätuolissa istuville tai pyörätuolin kanssa potkutteleville potilaille.

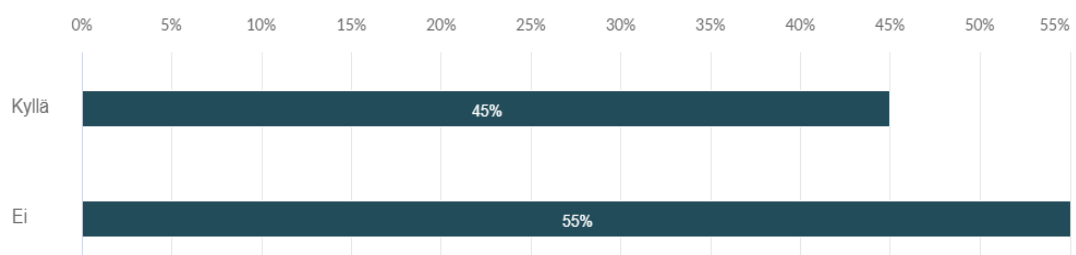
Opetustilanteen päätyttyä pyydettiin työntekijöitä vastaamaan anonyymisti Webropol -palautekyselyyn. Keräämällä palaute heti opetustilaisuuden jälkeen varmistettiin, että jokaiselta saatiin palautetta opetuksen sisällöstä. Käytössä oli tietokone, jossa Webropol oli valmiiksi auki. Näin palautteen keruu oli helppo järjestää heti paikan päällä. Opetustilanteen jälkeen käydyistä keskusteluista ilmeni, että aihe oli kiinnostava, tärkeä ja ajankohtainen sekä opetustilanne hyvin toteutettu. Henkilökunnan käyttöön annettiin laminoituina versioina Suomen haavanhoitoyhdistys ry:n värikuvalliset ohjeet vähäelastisesta tukisidonnasta, jota he voivat jatkossa käyttää tukena jokapäiväisessä työssään ja perhdytyksessä.

7.5 Palautteen analysointi

Kaikki opetustilaisuuteen osallistuneet (n=20) antoivat palautetta. Kyselyssä esitettiin neljä kysymystä, jonka lisäksi jokainen sai halutessaan lisätä vielä oman kommentin koulutuksen sisällöstä. Emme selvittäneet vastaajien ikää, koska mielestämme se ei ollut oleellinen tieto. Myöskään sukupuolella ei ollut merkitystä.

Palautteen tarkoituksena oli selvittää, oliko osallistuneet saaneet aiemmin koulutusta tukisidontaan ja miten he arvioivat taitonsa sekä ennen että jälkeen koulutuksen. Lisäksi palautteessa pyydettiin arvioimaan koulutuksen onnistumista ja hyödyllisyyttä.

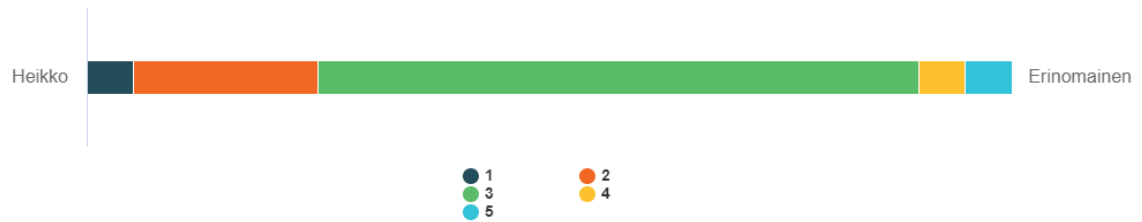
Vastanneista (n=20) 45% (n=9) oli saanut aikaisempaa koulutusta tukisidontaan, kun taas 55% (n=11) ei ollut saanut (Kuvio 1.). Tässä yhteydessä kävi ilmi, että moni ei ollut saanut tukisidonskoulutusta edes lähihoitaja- tai sairaanhoitajaopintojen aikana.



Kuvio 1. Aikaisempaa koulutusta tukisidontaan saaneet. (n=20)

Arvioitaessa omia taitoja tukisidontaan ennen koulutusta (Kuvio 2.) ilmeni, että valtaosa vastaajista (n=13) piti taitojaan kohtalaisena. Seuraava suurempi ryhmä (n=4) piti taitojaan tyydyttävänä. Ainoastaan yksi vastaajista koki taitonsa heikoiksi, yksi hyväksi ja yksi

erinomaisiksi. Monivalinnassa käytettiin vaihtoehtoja 1-5, jossa 1=heikko, 2=tyydyttävä, 3=kohtalainen, 4=hyvä ja 5=erinomainen.



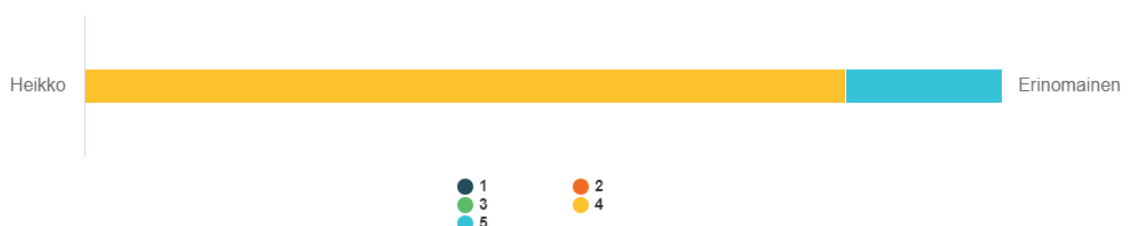
Kuvio 2. Taitojen arviointi tukisidontaan ennen koulutusta.

Kartoitettaessa vastaajien mielipidettä opetustilaisuuden onnistumisesta ja hyödyllisyydestä käytimme monivalinnassa vaihtoehtoja 1-5, jossa 1=heikko, 2=tyydyttävä, 3=kohtalainen, 4=hyvä ja 5=erinomainen (Taulukko 1.). Yksikään vastaajista (n=20) ei valinnut vaihtoehtoja 1, 2 tai 3. 95% vastaajista (n=19) valitsi erinomaisen arvioidessaan koulutuksen hyödyllisyyttä ja uuden tiedon saantia. Kaikki (n=20) olivat sitä mieltä, että ohjeistus oli erinomaista. Vastaajista (n=19) 17 valitsi erinomaisen arvioidessaan, saivatko vastauksia kysymyksiinsä.

	1	2	3	4	5	Yhteensä
Oliko koulutus hyödyllinen	0	0	0	1	19	20
	0%	0%	0%	5%	95%	
Saitko uutta tietoa	0	0	0	1	19	20
	0%	0%	0%	5%	95%	
Saitko hyvää ohjeistusta	0	0	0	0	20	20
	0%	0%	0%	0%	100%	
Saitko vastauksia kysymyksiin	0	0	0	2	17	19
	0%	0%	0%	10,53%	89,47%	

Taulukko 2. Opetustilaisuuden onnistuminen ja hyödyllisyys.

Koulutuksen jälkeen valtaosa vastaajista (n=15) piti taitojaan tukisidontaan hyvänä (Kuvio 3.). Kolme kaikista vastaajista (n=20) arvioi taitonsa erinomaiseksi. Tästäkin voidaan päätellä koulutuksen olleen hyödyllinen, koska kukaan ei ole arvioinut taitojaan heikoksi, tyydyttäväksi tai kohtalaiseksi. Monivalinnassa käytettiin vaihtoehtoja 1-5, jossa 1=heikko, 2=tyydyttävä, 3=kohtalainen, 4=hyvä ja 5=erinomainen.



Kuvio 3. Taitojen arviointi tukisidontaan koulutuksen jälkeen.

Anonyymin palautekyselyn viimeisessä osiossa osallistujat saivat esittää vapaamuotoisesti omia ajatuksiaan ja kommenttejaan koulutuksen sisällöstä. Näistä kommentteista ilmeni koulutuksen tarpeellisuus ja tärkeys sekä osallistujien tyytyväisyys ohjaukseen.

Taulukko 3. Vapaamuotoiset ajatukset ja kommentit koulutuksen sisällöstä.

	Vastaukset
Y	Koulutus oli tarpeellinen ja hyvä.
Y	koulutus hyvä ja antoisa. Hyvä.
Y	tärkeää ja hyvä koulutus. tietävät kouluttajat.
Y	tarpeellinen koulutus
Y	Hyvä koulutus.
Y	hieno koulutusta ja mukava tuntuu
Y	Koulutus oli hyvä ja liittyy oleellisesti meidän työhön
Y	Tuli tarpeeseen :)
Y	Hyvä ja kattava näyttö. Ohjattiin hyvin.
Y	Erittäin hyödyllisiä ohjeita.
Y	Hyvä aihe, tärkeää ja uutta tietoa!
Y	hyvä ja hyödyllinen.

8 POHDINTA

8.1 Eettisyys ja luotettavuus

Teimme opinnäytetyöprosessin alussa toimeksiantosopimuksen Saga Kanalinrannan johtaja Sanna Järvenpään kanssa ja saimme luvan käyttää työssämme palvelukeskukseen nimeä julkisesti. Toimeksiantosopimuksesta jäi yksi kappale toimeksiantajalle, yksi ohjaavalle opettajalle ja yksi opinnäytetyön tekijöille. Suunnitelman valmistuttua lähetimme sen Sanna Järvenpäälle luettavaksi ja kommentoitavaksi, jotta mahdollistettiin myös toimeksiantajan osallistuminen opinnäytetyön sisältöön. Suomen haavanhoitoyhdistykseltä pyysimme sähköpostitse luvan käyttää kuvallista ohjetta vähäelastisesta tukisidonnasta ja sen jakamisesta toimeksiantajalle. Opetustilanteen palaute kerättiin anonyymisti Webropolin julkisen linkin kautta.

Tehdessämme opinnäytetyötämme, noudatimme hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimuseettinen neuvottelukunta ohjeistaa tutkimusta tehdessä rehellisyyteen sekä huolellisuuteen niin tulosten tallentamisessa, esittämisessä kuin tulosten arvioinnissakin. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019.) Perehdyimme aiheeseen ja lähdemateriaaliin huolellisesti ja kriittisesti sekä vertailimme tietoja eri lähteiden välillä. Ristiriitaisia tietoja löytyi esimerkiksi ABI-mittausten viitearvoista. Päädyimme käyttämään työssämme Käypä hoito -suosituksessa esitettyjä viitearvoja. Kyseiset suositukset ovat riippumattomia ja näyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia, joita laatii Suomalainen Lääkäriseura Duodecim yhdessä erikoislääkäriyhdistysten kanssa (Käypä hoito 2018).

Teoriaosuutemme perustuu näyttöön perustuvaan ja mahdollisimman ajankohtaiseen tietoon. Lähteiden lukumäärän sijaan koimme tärkeämmäksi keskittyä niiden laatuun. Lähteiden laatu ja soveltuminen käytännönläheiseen opinnäytetyöhön on merkittävämpää kuin itse lähteiden lukumäärä (Vilka ym. 2003, 76). Suosimme opinnäytetyössämme tieteellisiä artikkeleita ja Käypä hoito -suosituksia. Tietoa haimme monista eri tietokannoista: Cinahl, JBI, Medic, Cochrane library, PubMed, Google Scholar ja Terveystietokanta. Hakusanoina käytimme venous leg ulcer, compression, compression therapy, compression bandaging, multi-layer bandaging, venous insufficiency, säärihaava, laskimoperäinen säärihaava, laskimoperäinen alaraajaturvotus, laskimoiden vajaatoiminta, kompressiohoito. Rajasimme haut enintään kymmenen vuotta vanhoihin täystekstiartikkeleihin. Englanninkielisistä tietokannoista Cinahl osoittautui helpoimmaksi käyttää ja se antoi monipuolisimmat tulokset.

”Kun opinnäytetyön tausta-aineistona käytetään toisten omistamia aineistoja, menetelmiä tai tuloksia, tulee niiden alkuperä, tekijät ja lähteet mainita hyvän tutkimustavan mukaisesti ja lainsäädäntöä noudattaen” (Arene 2018,11). Lähdeviittaukset ja lähdeluettelomerkinnot on tehty asianmukaisesti ja kirjoittajan toivomalla tavalla, mikäli sellainen tieto on lähteestä löytynyt. Työssämme käytetty Käypä hoito -suosituksen taulukko merkittiin vaatimusten mukaisesti. Kirjoitimme tekstin ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettisten suositusten mukaisesti plagioimatta. Vilka ym. (2003, 78) mukaan plagiointia on toisten ajatusten ja ideoiden käyttäminen ominaan sekä huonosti tehdyt viittaukset ja keksityt tulokset tai väittämät.

”Terveysthuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveysthuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua” (Terveysthuoltolaki 1326/2010, 8§). Ajattelemme opinnäytetyömme aiheen olevan merkittävä myöskin etiikan näkökulmasta, sillä kuten terveysthuoltolakikin määrittelee, on hoidon oltava laadukasta ja asianmukaisesti toteutettua. Kompressiohoito on tieteellisesti todettu ensisijaiseksi hoito- ja ennaltaehkäisy muodoksi sekä laskimoperäiseen alaraajaturvotukseen että laskimoperäisiin säärihaavoihin. Tämän vuoksi on tärkeää, että hoitohenkilökunnalla on ajankohtaiset tiedot ja taidot, jotta he osaavat antaa laadukasta hoitoa sitä tarvitseville.

8.2 Opinnäytetyön prosessin arviointi

Tiesimme jo ennen opinnäytetyöprosessin alkamista, että haluamme tehdä toiminnallisen opinnäytetyön. Aihetta pohtiessa mietimme, mitkä asiat ovat lähellä omaa mielenkiintoa ja löytyykö jokin aihe, joka on tärkeä molemmille. Pohdinnan tuloksena kävi ilmi, että molemmat ovat törmänneet työelämässä puutteelliseen tietouteen ja taitoon tukisidoshoidon liittyen. Toinen meistä työskentelee Saga Kanalinrannassa ja oli aiemmin keskustellut sairaanhoitajan kanssa koulutuksen tarpeesta tukisidoksiin liittyen. Kysyimme johtajalta, voisimmeko pitää opetustilaisuuden työntekijöille oikeasta sidontatekniikasta Saga Kanalinrannassa. Luvan saatuaamme aloimme työstämään opinnäytetyötämme.

Kävimme keskenämme runsaasti keskustelua omista kokemuksistamme työelämässä liittyen opinnäytetyössämme esiintyviin asioihin. Se piti yllä mielenkiintoa koko prosessin ajan. Työnjako oli koko ajan tasapuolista, sillä emme tehneet missään vaiheessa työtä yksin. Työn tekeminen oli mieluisaa ja hyödynsimme molempien vahvuuksia prosessin eri vaiheissa. Asumme eri paikkakunnilla, josta johtuen kävimme keskustelut puhelimitse tai Skypen välityksellä. Saimme aikataulut sopimaan hyvin yhteen ja aloitimme työskentelyn ajoissa, josta johtuen prosessi ei tuntunut rasittavalta. Teimme tausta- ja kirjoitus-työtä keskimäärin kerran viikossa. Yhteistyö toimeksiantajan kanssa oli sujuvaa ja annoimme mahdollisuuden vaikuttaa toimintapäivien kulkuun ja opinnäytetyön sisältöön.

Halusimme opinnäytetyömme olevan tiivis ja selkeä. Näin ollen aihe-rajaukset olivat tärkeä tehdä tarkasti. Alaraajaturvotuksen kompressiohoito on hyvin laaja käsite, jonka vuoksi rajasimme opinnäytetyömme käsittelemään ainoastaan laskimoperäisen alaraajaturvotuksen hoitoa ja ennaltaehkäisyä vähäelastisilla tukisidoksilla anatomisen mallin mukaan. Lisäksi käsitelimme pintapuolisesti asiat, joiden totesimme lähteisiin perustuen liittyvän olennaisesti opinnäytetyömme aiheeseen, esimerkiksi laskimoperäiset säärihaavat. Tiedonhaku tuntui aluksi työläältä, koska kummallakaan ei ollut aikaisempaa kokemusta hakukoneiden käytöstä. Oli haastavaa löytää oikeita sanamuotoja ja sanayhdistelmiä. Harjaannuimme kuitenkin melko nopeasti ja tiedonhausta tuli helpompaa. Käytimme mielellämme englanninkielisiä tietokantoja, vaikka kääntäminen olikin ajoittain vaikeaa. Prosessi opetti meitä etsimään ajankohtaisinta ja tutkittua tietoa. Koemme tämän taidon hallitsemisen erittäin tärkeäksi omalla alallamme.

Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa pohdimme, mitkä kysymykset ohjaisivat parhaiten prosessin etenemistä. Valitsimme ohjaaviksi kysymyksiksimme

1. Miten laskimoperäinen säärihaava ja turvotus syntyy?
2. Miten vähäelastinen kompressiosidonta toteutetaan?
3. Miten järjestää toimiva opetustilanne?
4. Millainen on hyvä opetusmenetelmä?

Hyvin asetetut kysymykset auttoivat meitä pitämään opinnäytetyön hyvin rajattuna koko prosessin ajan. Ne auttoivat myös etenemään loogisesti vaihe vaiheelta.

Ensimmäisellä kysymyksellä haimme vastausta laskimoperäisen säärihaavan ja turvotuksen syntyyn. Tietoa löytyi runsaasti ja monesta eri lähteestä, mutta käsittelimme aiheen pintapuolisesti, sillä se ei ollut työmme varsinainen aihe. Käsittelimme työssämme laskimoperäisten säärihaavojen ja turvotuksen syntymekanismit sekä tunnusmerkit ja diagnosoinnin. Laskimoperäisen turvotuksen lisäksi kirjoitimme lyhyesti myös muut mahdolliset syyt alaraajaturvotukseen.

Toisella kysymyksellä haimme vastausta vähäelastisen tukisidonnan toteuttamiseen. Löysimme tutkittua tietoa oikein toteutetun kompressiohoidon tehokkuudesta laajasti eri tietokannoista. Löytämiemme lähteiden perusteella ei jäänyt epäselväksi, että kompressiohoito on tehokkain hoitomuoto laskimoperäisten turvotusten ja säärihaavojen ennaltaehkäisyyn ja hoitoon. Valitsimme vähäelastisen tukisidonnan anatomisen mallin mukaan, koska Saga Kanalinrannan tukisidoshoitoa tarvitsevat asukkaat osat suurimmaksi osaksi omatoimisesti liikkuvia.

Haimme myös vastauksia kysymyksiin, miten järjestää hyvä opetustilanne ja millainen on hyvä opetusmenetelmä. Näihin kysymyksiin oli aluksi haastavaa löytää vastauksia. Pohdimme asiaa paljon ja kävimme keskustelua aiheesta. Päädyimme siihen lopputulokseen, että paras tapa oppia, on tehdä itse. Aloimme etsimään teoretietoa ja opetusmenetelmiksi valitsimme lähteisiin perustuen demonstroinnin ja havainnoinnin, koska pidimme tärkeänä, että opetustilaisuuden aikana voidaan käydä avointa keskustelua.

Osasimme toteuttaa tukisidonnan anatomisen mallin mukaisesti jo ennen opinnäytetyön alkamista. Prosessin edetessä teoretietomme laskimoperäisestä turvotuksesta sekä sen hoidosta ja ennaltaehkäisystä kuitenkin syventyivät runsaasti. Tämän opinnäytetyöprosessin jälkeen osaamme perustella miksi käytetään vähäelastista sidosta ja anatomista sidontamallia. Lisäksi osaamme kertoa laskimoperäisen turvotuksen ja säärihaavojen synnystä, oireista ja diagnosoinnista.

Kärsimme molemmat esiintymispelosta ja toimintapäivien toteuttaminen tuntui aluksi jännittävältä. Vastoin odotuksiamme päivät kuitenkin sujuivat hyvinkin luontevasti. Oli mukavaa jakaa tutkittua tietoa eteenpäin ja kertoa oikein toteutetun tukisidonnan merkityksestä. Opetustilanteet olivat kokonaisuudessaan hyvin onnistuneita, sillä kaikki työntekijät tulivat avoimin mielin ja olivat kiinnostuneita sidonnan toteuttamisesta. Saamamme palautteen perusteella työntekijät kokivat, että opetustilaisuus oli opettavainen, ajankohmainen ja tärkeä sekä ennen kaikkea he kokivat taitojensa parantuneen ja tietojen lisääntyneen.

Opinnäytetyön prosessin aikana olevissa työ-/ harjoittelupaikoissamme on oltu kiinnostuneita aiheestamme ja moni hoitaja on kertonut, että ei osaa anatomista sidontatekniikkaa. On pyydetty pitämään esimerkiksi osastotunti, jossa voisimme sen opettaa. Myös vapaa-ajalla hoitajakollegat ovat esittäneet mielenkiintoaan aihetta kohtaan. Näiden mielenkiinnonosoitusten ansiosta olemme todella tyytyväisiä siihen, että valitsimme juuri tämän opinnäytetyön aiheen.

8.3 Kehittämisehdotukset

Johtuen painemittarin puuttumisesta, annoimme Saga Kanalinrantaan tiedon Terttu Lilja Oy:stä, joka edustaa Suomessa Kikuhime®-painemittaria. Sieltä on mahdollista tilata laite-esittely ja itse laite. Laitteen avulla työntekijät voisivat syventää oppimaansa ja osaamistaan. Opetustilaisuuksissa kiinnitimme huomiota myös sidonnan kireyteen, mutta ilman painemittaria ei kuitenkaan todellista painetta voitu mitata. Painemittarin avulla työntekijät saisivat nähdä todellisen paineen ja harjoitella oikeaa kireyttä saaden siihen omanlaisensa tuntuman. Vaikka laitteen hankkiminen on kertasijoituksena suurehko, olisi se pitkän ajan tähtäimellä hyvä sijoitus, kun ajattelee sen tuomia hyötyjä tukisidonnan oikeaoppiselle toteuttamiselle ja oikean puristuspaineen hahmottamiselle. Nämä puolestaan lisäisivät potilaiden hoitomyöntyvyyttä ja -sitoutuvuutta. Yhteiskunnallisestikin olisi tärkeää panostaa terveydenhuollon ammattilaisten tietämykseen ja käden-taitoihin koskien vähäelastista tukisidontaa anatomisen mallin mukaan. Tämä vähentäisi merkittävästi terveydenhuollon kustannuksia laskimoperäisiin turvotuksiin ja säärivahvoihin liittyen.

Saga Kanalinrannan henkilökunnan olisi nyt tärkeää opetella anatominen sidontamalli niin, että sen tekeminen tuntuu luontevalta. Kun anatominen sidontamalli on sisäistetty, voi jatkossa hoitajien osaamista kompressiohoitoon liittyen laajentaa perehtymällä myös muihin sidontatyyleihin, esimerkiksi vuodepotilaille soveltuviin keski- ja runsaselastisiin tukisidoksiin tähkä- tai spiraalimallilla sidottuna.

LÄHTEET

Alaraajojen laskimovajaatoiminta. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen lääkäri-seura Duodecimin ja Suomen Verisuonikirurgisen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäri-seura Duodecim, 2016. (viitattu 11.1.2019). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Alaraajojen tukkiva valtimotauti. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäri-seuran Duodecimin ja Suomen Verisuonikirurgisen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim, 2010 (viitattu 20.11.2018). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Arene 2018. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Viitattu 20.3.2019. Saatavilla sähköisesti osoitteessa: <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ammattikorkeakoulu-jen%20opinn%C3%A4ytet%C3%B6iden%20eettiset%20suositukset.pdf>.

Castrén, H. 2011. Laskimoperäisen turvotuksen ennaltaehkäisy ja hoito. Viitattu 1.2.2019. Saatavilla sähköisesti osoitteessa https://www.shhy.fi/site/assets/files/1041/laskimoprinen_turvotuksen_ennaltaehkisy_ ja_hoito_menetelm.pdf.

Comprilan© -käyttöohje 2019.

Crawford, J.M.; Brajesh, K.; Duran, W.N. & Pappas, P.J. 2017. Pathophysiology of venous ulceration. Journal of vascular surgery: Venous and lymphatic disorders. Viitattu 11.1.2019. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2213333X17301658?via%3Dihub>.

Dopplerlaitteen käyttö perusterveydenhuollossa. Suomalaisen lääkäri-seura Duodecim. Helsinki: Suomalainen lääkäri-seura Duodecim, 2010 (viitattu 5.4.2019). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Folguera-Alvarez, C. ym. 2016. ECAMulticapa: Effectiveness of double-layered compression therapy for healing venous ulcers in primary care: A Study Protocol. Viitattu 25.1.2019. Saatavilla sähköisesti <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=6fccad28-b1be-47aa-b038-8da78b4ada1b%40sdc-v-sessmgr04>.

Haesler, E. PhD PGrad Dip Adv Nurs (Gerontics) BN. Evidence Summary. Venous leg ulcers: Compression with short stretch (inelastic) bandages. The Joanna Briggs Institute EBP Database, JBI@Ovid. 2018; JBI20107. Viitattu 15.3.2019. Saatavilla sähköisesti osoitteessa: http://ovidsp.dc1.ovid.com.ezproxy.turkuamk.fi/sp-3.33.0b/ovidweb.cgi?&S=DIHIFPKFEACEHJLKPDKMGHOJHOIAA00&Link+Set=S.sh.42%7c8%7csl_190.

Halmesmäki, K.; Eskelinen, E.; Isoherranen, K & Saarinen, J. 2017. Laskimohaavat ja niiden hoito. Suomen Lääkärilehti. Vuosikerta 72, Nro 8, Sivut 498-504. Viitattu 18.1.2019. Saatavilla sähköisesti osoitteessa https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/237177/SLL82017_498.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Hannuksela, M. 2012. Säärihaava. Viitattu 1.11.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteessa http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00511_1.

Hannuksela-Svahn, A. 2014. Immunestekierron häiriö (lymfedeema) – krooninen turvotus. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 11.1.2019. Saatavilla sähköisesti osoitteessa https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00622.

Hietanen, H.; Iivanainen, A.; Juutilainen, V & Seppänen, S. 2005. Haava. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Hopkins, A. & Worboys, F. 2005. Understanding compression therapy to achieve tolerance. Wounds UK. Viitattu 25.1.2019. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <http://cms.wounds-uk.com>.

Ihotautitalo 2019. Alaraajaturvotus. Viitattu 20.3.2019. Saatavilla sähköisesti osoitteessa: <https://www.terveyskyla.fi/ihotautitalo/haavat/alaraajaturvotus/mit%C3%A4-muita-apukeinoja-turvotuksen-estohoitoon-on>.

Isoherranen, K.; Koskenmies, S. & Heikkilä, H. 2013. Alaraajaturvotus ja iho-ongelmat. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 15.4.2019. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/17/duo11195>

Jansson, M. 2017. Laskimovajaatoimintaa on lähes kolmasosalla työikäisistä. Lääkärilehti 8/2017. Viitattu 11.1.2019. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.laakari-lehti.fi/ajassa/ajankohtaista/laskimovajaatoimintaa-on-lahes-kolmasosalla-tyoikaisista/>.

Kikuhime® -käyttöohje 2019.

Korhonen, A. 2018. Turvotusta jaloissa – miten hoidan? 37. Haava 2/2018. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu 21. vuosikerta. Viitattu 11.1.2019.

Krooninen alaraajahaava. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 1.11.2018). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Käypä hoito. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018 (Viitattu 21.3.2019). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Laki potilaan oikeuksista 285/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992. Viitattu 10.2.2019. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2>.

Oulun ammattikorkeakoulu 2006. Opetusmenetelmät opetuksen monipuolistajana. Demonstraatio. Viitattu 1.2.2019. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <http://www.oamk.fi/amok/oppi-mat/LO/Opetusmenetelmat06a/html/demonstraatio.html>.

Pruuki, L. 2008. Ilo opettaa. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Pukki, T. 2012. Verenkiertoperäisen alaraajahaavan konservatiivinen hoito. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen H. (toim.). Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanomapro Oy.

Ratliff, C.R.; Yates S.; McNichol, L. & Gray, M. 2016. Compression for primary prevention, treatment and prevention of recurrence of venous leg ulcers. PubMed. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4937809/>.

Ritchie, T. 2018. Understanding compression: part 4 – Bandaging and skin care. Journal of Community Nursing. Vol 32 No 5. Viitattu 20.3.2019. Saatavilla sähköisesti osoitteessa: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=81e33ab1-0450-4e5a-afcd-2c7cfcfe2fcc%40sessionmgr120>.

Saarelma, O. 2018. Turvotukset. Viitattu 11.1.2019. Saatavilla sähköisesti osoitteessa https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00338.

Saarikoski, R. 2017. Lääkinnälliset hoitosukat. Teoksessa Stolt, M.; Flink, A.; Saarikoski, R. & Väyrynen, P. (toim.) Jalkaterveys. Helsinki: Duodecim.

Saarikoski, R.; Stolt, M. & Liukkonen, I. 2012. Säärihaava. Terveet jalat. Viitattu 1.11.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteessa https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=jal00130.

Saarin, J. 2013. Laskimoperäinen turvotus. Duodecim. Viitattu 11.1.2019. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/17/duo11196>.

Sairaanhoitajaliitto 2014. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Viitattu 10.2.2019. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>.

Stolt, M.; Saarikoski, R. & Väyrynen, P. 2016. Jalkaterveys. Jalkaterveyteen vaikuttavat tekijät. Duodecim. Viitattu 30.1.2019. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.oppi-portti.fi/op/jtr00348/do>.

Suomen Haavanhoitoyhdistys ry 2018. Vähäelastinen tukisidonta. Viitattu 30.1.2019. Saatavilla sähköisesti osoitteessa https://www.shhy.fi/site/assets/files/1041/vahaelastinen_tukisidonta_2018.pdf.

Terveystieteiden tutkimuskeskus 1326/2010. Viitattu 21.3.2019. Saatavilla sähköisesti osoitteessa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

Thomas, S. 2014. The production and measurement of sub-bandage pressure: Laplace's Law revisited. Journal of wound care. Vol 23 No 5. Viitattu 15.3.2019. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=7f2725fc-6554-48ce-982e-7dd42885ad84%40sessionmgr4007>.

Todd, M. 2014. Venous disease and chronic oedema: Treatment and patient concordance. British Journal of Nursing. Vol 23 No 9. Viitattu 15.3.2019. Saatavilla sähköisesti: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=21&sid=dd9eca33-7ecf-4116-9450-c635ed74a3c6%40pdc-v-sessmgr06>.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 21.3.2019. Löydettävissä sähköisesti <https://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Tammi.

Vuorinen, I. 2001. Tuhat tapaa opettaa. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Vähäelastinen tukisidonta



Vähäelastinen tukisidonta

Vähäelastisia tukisidoksia käytetään antamaan kohtalaisen voimakasta tukea alaraajojen turvotuksen hoitoon potilaille, jotka liikkuvat omatoimisesti ja joilla pohjelihaksen toiminta on aktiivista. Liikkuessa vähäelastinen tukisidos tukee pohjelihaspumpun toimintaa. Tukisidokset voivat olla paikoillaan useamman vuorokauden.

Tarvikkeet:

- 2-3 sidosrullaa, tarvittaessa kapeampaa (5-8 cm) ja leveämpää sidosta (10 -12 cm) sekä putkisukkaa ja/tai vanua ja teippiä.

Tukisidoksen laitossa huomioitavaa

- Tukisidosten käyttö aloitetaan lääkärin määräyksestä ja valtimoverenkierron riittävyys tulee aina arvioida ennen tukisidosten käytön aloittamista. ABI-arvoa > 0,8 pidetään turvallisena kompressiohoidon kannalta.
- Tukisidoksen alle voi laittaa elastista putkisukkaa suojaamaan ihoa ja vanua pehmustamaan luu-ulokekohtia.
- Vähäelastinen tukisidos sidotaan säären muodon mukaan anatomisesti.
- Sidonta aloitetaan jalkaterästä varpaiden tyvestä kohti kantapäätä ja nilkkaa jatkaen ylöspäin säären muotoa mukaillen. Uusi sidontakerros aloitetaan nilkasta ylöspäin.
- Tukisidosta venytetään tasaisesti molemmista reunoista, jolloin säären muoto ohjaa sidoskerroksen jyrkkyyttä eteenpäin.
- Tukisidoksen päällä voi käyttää putkisukkaa, joka pitää sidoksia paremmin paikoillaan.

Muita ohjeita

- Hoidon alkuvaiheessa sidontaa voidaan joutua uusimaan useammin turvotuksen laskiessa.
- Jos tukisidos joudutaan poistamaan ennen suunniteltua sidosvaihtoa, tulee jalkaa pitää vaaka- tai kohoasennossa 30 minuuttia ennen sidoksen uudelleen laittoa.
- Tukisidoksia pitää pestä tarpeen mukaan ja ne tulee uusia, kun niiden elastisuus on heikentynyt.
- Tukisidosten kanssa pystyy liikkumaan normaalisti.

Lähteet:

- Käypähoito: Alaraajojen laskimoiden vajaatoiminta, 11/2016
- <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi05030>
- Käypähoito: Krooninen alaraajahaava, 3/2014
- <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50058>
- Juutilainen V., Hietanen H. Haavanhoidon periaatteet. Sanoma Pro 2012
- <https://shhy.fi/site/assets/files/1042/ewma-kompressiohoito.pdf>



Tukisidoksia laitettaessa jalka voidaan pehmustaa kauttaaltaan putkisukalla tai vanulla. Tukisidosten laitto aloitetaan varpaiden tyvestä, kiertosuunta ulkoreunalta sisäänpäin, nilkka 90 asteen kulmassa.



Vähäelastinen tukisidonta



Kantapäää lukitaan ja siinä voi käyttää jalan mallin mukaan erilaisia kiertoja niin, että ne eivät haittaa liikkumista.



Tukisidoksen laitto jatkuu sääressä jalan anatomian mukaisesti niin, että paine kevenee asteittain ylöspäin kohti polvea. Toinen sidos aloitetaan aina nilkasta. Sidoksen aikaansaama paine heti sidoksen laittamisen jälkeen määrittyy periaatteessa sidoskankaan kireyden, laitettujen kerrosten määrän sekä raajan kaarevuuden perusteella. Näiden tekijöiden välistä suhdetta kuvaa Laplacen laki.



Sidoksen tulee kulkea tasaaisesti ja rypyttömästi ihon pinnassa.