

# **TUKISIDOSHOITO**

-Kirjallinen ohje tukisidosten laittoon



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Lahdensivun kampus, Hoitotyön koulutus

Kevät, 2017

Suvi Koski, Heidi Nurminen

Sairaanhoidaja  
Lahdensivun kampus

---

<b>Tekijät</b>	Suvi Koski, Heidi Nurminen	<b>Vuosi</b> 2017
<b>Työn nimi</b>	Tukisidoshoito – Kirjallinen ohje tukisidosten laittoon	
<b>Työn ohjaaja</b>	Salla Mäkelä	

---

## TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, kuinka tukisidokset laitetaan oikein. Opinnäytetyössä esiteltiin alaraajojen laskimovajaatoimintaa, kompressiohoitoa, tukisidoshoitoa sekä potilasohjausta. Opinnäytetyön tilaajana toimi Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin haavahoitaja.

Opinnäytetyö oli toiminnallinen ja sen tuloksena tehtiin kirjallinen ohje tukisidosten oikeasta laittamisesta. Kirjallisen ohjeen tavoitteena oli motivoida potilaiden sitoutumista tukisidosten käyttöön. Lisäksi tavoitteena oli yhdenmukaistaa kotona toteutettavaa tukisidoshoitoa.

Teoreettinen pohja kerättiin käyttämällä tuoreita ja luotettuja lähteitä. Teoriapohjaan etsittiin tutkimuksia, artikkeleita sekä vähäisessä määrin oppikirjoja. Lisäksi tehtiin Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin haavahoitajalle asiantuntijahaastattelu, jota käytettiin tietopohjassa.

Kirjalliseen potilasohjeeseen otettiin kuvia yhdessä tilaajan kanssa. Kirjallisen ohjeen teoria pohjautuu opinnäytetyön teoriapohjaan. Kirjallisen potilasohjeen käytettävyyttä työelämässä on arvioitu tilaajan toimesta. Kirjallisen ohjeen todettiin vastaavan työelämän tarpeisiin ja se otettiin käyttöön potilaan sanallisen ohjauksen tueksi.

**Avainsanat** Alaraajalaskimovajaatoiminta, Kompressiohoito, Tukisidoshoito, Potilasohjaus, Kirjallinen ohje

**Sivut** 31 sivua, joista liitteitä 4 sivua

Degree Programme in Nursing  
Lahdensivu campus

---

<b>Authors</b>	Suvi Koski, Heidi Nurminen	<b>Year</b> 2017
<b>Subject</b>	Compressionbandage treatment -The written patient instruction how to apply a compression bandage in the right way.	
<b>Supervisor</b>	Salla Mäkelä	

---

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to find out how to apply a compression bandage in the right way. In this thesis, the chronic venous insufficiency, compression treatment, cast treatment and patient guidance are presented. The subscriber of the thesis was the wound nurse of Kanta-Häme hospital district.

The thesis was practice-based and resulted in written patient instructions for setting compression bandage in the right way. One of the aims for the written patient instructions was to motivate patients to use compression bandage. In addition, another aim was to standardize cast treatment in home care.

The information for the background is gathered from various contemporary and reliable sources. Furthermore, an expert interview was conducted with the wound nurse of Kanta-Häme hospital and the interview was used as a source for the theory section.

Pictures for the written patient instructions were taken together with the subscriber. The written instructions were compiled according to the theoretical background of the thesis. The subscriber evaluated the usability of the written instruction in work life. The written instructions were analysed to correspond the needs of the work life and were added to support the verbal guidance of the patient.

**Keywords** Venous insufficiency, Compression treatment, Cast treatment, Patient guidance, written patient instructions

**Pages** 31 pages including appendices 4 pages

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	ALARAAJALASKIMOIDEN VAJAATOIMINTA .....	2
2.1	Alaraajalaskimoiden rakenne ja toiminta .....	2
2.2	Alaraajojen laskimovajaatoiminnan oireet ja diagnosointi .....	4
2.3	Alaraajojen laskimovajaatoiminnan luokitus .....	5
2.4	Alaraajojen laskimovajaatoiminnan hoito .....	6
3	KOMPRESSIOHOITO .....	7
3.1	Kompressiohoito sidoksin .....	8
3.2	Abi-mittaus.....	8
4	TUKISIDOKSET .....	9
4.1	Vähäelastinen eli joustamaton tukisidos .....	10
4.2	Runsaselastinen eli joustava tukisidos .....	10
4.3	Tukisidosten sidontamallit .....	11
5	POTILASOHJAUS TUKISIDOSTEN KÄYTÖSSÄ.....	12
5.1	Potilasohjaus hoitotyössä .....	13
5.2	Potilasohjaussuhde .....	13
6	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS .....	14
6.1	Työn tavoite ja tarkoitus .....	15
6.2	Toiminnallinen opinnäytetyö .....	15
6.3	Toiminnallisen opinnäytetyön eteneminen .....	16
6.4	Suunnitteluvaihe .....	17
6.5	Toteutusvaihe.....	17
7	KIRJALLINEN OHJE TUKISIDOSTEN LAITTOON .....	17
7.1	Kirjallisen potilasohjeen tavoite ja sisältö.....	18
7.2	Kirjallisen potilasohjeen rakenne .....	18
8	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA .....	20
8.1	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys .....	20
8.2	Opinnäytetyöprosessin ja tuotoksen arviointi.....	21
	LÄHTEET .....	24

Liitteet

Liite 1 Kirjallinen ohje

## 1 JOHDANTO

Alaraajojen turvotus aiheuttaa elämänlaadun heikkenemistä (Isoherranen, Koskenmies & Heikkilä 2013). Alaraajojen turvotus voi aiheutua monista eri sairauksista, tässä työssä keskitytään kuitenkin laskimoiden vajaatoiminnan aiheuttamaan turvotukseen. Laskimoiden vajaatoiminnasta kärsii tiettävästi jopa 40 % länsimaisesta väestöstä. (Venermo 2016). Laskimovajaatoiminnan aiheuttama turvotus alaraajoissa on riski säärihaavoille. Turvotuksen yhtenä hoitona käytetään kompressiohoitoa. Kompressiohoito voidaan toteuttaa joko tukisidoksin tai tukisukin. (Kauppinen 2014; Lim & Davies 2014.) Tässä työssä kompressiohoidoista käsitellään tukisidoshoitoa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa kirjallinen ohje tukisidosten oikeasta laittamisesta. Tukisidosten käyttäminen voi olla potilaasta epämiellyttävää ja hankalaa, koska hän ei saa niitä itse sidottua ja ne ovat kuumat ja epäesteettiset (Harri 2017). Kirjallisen ohjeen tarkoituksena on selkeyttää tukisidosten käytön tärkeyttä. Ohjeella pyritään yhdenmukaistamaan tukisidosten laittamista. Kaikkien hoitoon osallistuvien tahojen on tällöin mahdollista laittaa tukisidokset oikein ja yhdenmukaisesti. Kirjallisesta ohjeesta tehdään helppolukuinen, kuvallinen ja tukisidosten käyttöön motivoiva. Kirjallinen ohje tehdään Kanta-Hämeen keskussairaalan haavahoitajalle. Haavahoitaja voi jakaa kirjallista ohjetta sitä tarvitseville potilaille.

Tavoitteena tässä työssä on perustella tukisidosten käyttämisen hyötyjä sekä syitä, joiden vuoksi tukisidosten käyttäminen on tarpeellista. Tukisidoksia käytetään monissa eri tilanteissa, mutta tässä työssä rajaamme käytön tarpeen alaraajojen laskimovajaatoimintaan. Alaraajojen laskimovajaatoiminta on yleinen syy tukisidosten tarpeeseen. Alaraajojen laskimovajaatoimintaa voidaan hoitaa kajoavin tai ei-kajoavin keinoin. Tässä opinnäytetyössä keskitymme ei-kajoavaan hoitomuotoon, kompressiohoitoon ja erityisesti tukisidoksiin. Tukisidosten laittamisen kirjalliselle ohjeelle on tarvetta työelämän yhteistyötaholla, jotta tukisidosten laittaminen onnistuisi oikein myös kotiooloissa.

Työssä selvitetään alaraajojen laskimoiden rakenne, laskimovajaatoiminnan syntyyn johtavat tekijät, laskimovajaatoiminnan tutkiminen ja luokittelu. Lisäksi esitellään tukisidosten hyödyt, niiden oikea laittaminen ja oikean käytön merkitys. Tässä työssä paneudutaan myös potilaan ohjaukseen sekä hyvän kirjallisen ohjeen sisältöön ja rakentamiseen. Tähän liittyen selvitetään myös, mitä on motivoiva potilaan ohjaus ja kuinka tärkeää on saada potilas osalliseksi omaan hoitoonsa.

## 2 ALARAAJALASKIMOIDEN VAJAATOIMINTA

Alaraajalaskimoiden vajaatoiminnalla tarkoitetaan tilaa, jossa alaraajojen laskimoissa on normaalia korkeampi verenpaine. Korkean verenpaineen laskimoissa aiheuttaa sekä laskimoiden sisäisten läppien tiiviiden, että pohjelihaspumpun toiminnan heikentyminen. Tällöin veri ei kulkeudu kunnolla laskimoita pitkin sydäntä kohti, vaan aiheuttaa alaraajojen laskimoiden venymistä eli laskimoiden vajaatoimintaa. (Cetin, Serbest, Ercan, Yavuz & Erdogan 2016, 203-204; Juutilainen & Hietanen 2012, 275; Stolt, Flink, Saarikoski & Väyrynen 2017, 400.)

Alaraajojen laskimoiden vajaatoiminta aiheuttaa elämänlaatua heikentäviä oireita. Oireita ovat muun muassa turvotus, särky, ihomuutokset sekä pahimmillaan säärihaavat. Säärihaavojen ennaltaehkäisy on tärkeää, paitsi potilaan elämänlaadun kannalta, myös kustannusten vuoksi. Säärihaavojen hoito on pitkäkestoista ja kallista potilaalle sekä yhteiskunnalle. (Cetin ym. 2016, 204; Juutilainen ym. 2012, 270.)

Laskimoiden vajaatoiminta on yleinen sairaus, josta kärsii jopa 40 % länsimaiden aikuisväestöstä. Sairauden syy on tuntematon. Riskeinä sairastumiseen pidetään naissukupuolta, vanhenemista, liika lihavuutta, synnytyksiä ja sairauden esiintymistä suvuissa. Myös seisaaltaan tehtävä työ voi altistaa laskimoiden vajaatoiminnalle. (Dissemond, Assenheimer, Bültemann, Gerber, Gretener, Kohler-von Siebenthal, Koller, Kurz, Läuchli, Münter, Panfil, Probst, Protz, Riepe, Strohal, Traber & Partsch 2016; Terveyskirjasto 2016.)

Laskimoiden vajaatoimintaa voi esiintyä missä vaan alaraajan laskimoista. Laskimoita alaraajoissa ovat pinnalliset, syvät sekä yhdys-laskimot. Yhdyslaskimot yhdistävät pinnalliset ja syvät laskimot. Alaraajojen pinnallisten laskimoiden vajaatoiminta on yleisempää kuin alaraajojen syvien laskimoiden vajaatoiminta. Alaraajojen syvien laskimoiden vajaatoiminta on yleensä seurausta laskimotukoksesta. (Venermo 2016; Stolt ym. 2017, 400; Juutilainen ym. 2012, 267.)

### 2.1 Alaraajalaskimoiden rakenne ja toiminta

Alaraajojen laskimojärjestelmään kuuluu sekä syviä että pinnallisia laskimoita ja niitä yhdistäviä yhdyslaskimoita. Laskimoiden sisällä on läppiä. Läppien tehtävänä on edistää veren virtausta takaisin sydämeen ja estää veren virtaus takaisin alaraajoihin. Syvät laskimot sijaitsevat lihasten välissä, samansuuntaisesti. Laskimot puristuvat kasaan pohjelihasten toiminnan aikana, tällöin laskimoiden läpät aukeavat, päästään veren virtaamaan ylöspäin kohti sydäntä. Pohjelihasten rentoutuessa, läpät laskimoiden sisällä sulkeutuvat ja näin estävät veren takaisinvirtauksen alaspäin. Yhdessä laskimoiden sisäiset läpät ja pohkeiden lihaspumpit muodostavat edellytykset alaraajojen paluuverenkierrolle.

Alaraajojen paluuverenkiertoa tukevat myös imusuonet. (Saarikoski, Stolt & Liukkonen 2012; Stolt ym. 2017, 104-105; Wounds international 2013, 2.)

Imusuonisto palauttaa kudoksiin pääsystä nestettä takaisin verenkiertoon. Imusuonen seinämä on hyvin ohut eikä kudoksissa olevalla nesteellä ole vaikeuksia läpäistä sen seinämää. Kudoksissa olevan nesteen on kuitenkin oltava riittävän lähellä imusuonistoa kulkeutuakseen sinne. Imusuonistoa pitkin neste kulkeutuu paineen ja imusuonien supistusten pakottamana ylöspäin raajassa. Imusuonistoa pitkin neste palautuu laskimoverenkiertoon. (Stolt ym. 2017, 105,407.)

Laskimoiden vajaatoiminta ilmenee, kun laskimoiden läpät eivät toimi kunnolla ja verenpaluu sydämeen heikentyy. Myös lihaspumpun heikentynyt toiminta voi aiheuttaa paluuverenkierron hidastumista. Nämä aiheuttavat laskimopaineen nousun, veren virratessa painovoiman mukaisesti alaraajoihin. Pitkäaikainen laskimopaineen nousu vaurioittaa laskimoiden seinämiä ja läppiä aiheuttaen nesteen ja proteiinien pääsyn kudoksiin hiussuonista, jolloin alaraajojen turvotus lisääntyy. Kudoksiin päässyt neste voi lisäksi aiheuttaa kudosten kovettumista sekä ihomuutoksia (kuva 1). (Saarikoski ym. 2012; Saarelma 2016; Venermo 2016; Wounds international 2013, 4-7)

Suomen lääkirlehdessä (8/2017) katsauksen mukaan laskimovajaatoimintaa sairastavien pohkeiden lihakset ovat heikommät kuin terveillä vertaisryhmäläisillä. Myös nilkan ojennus- ja koukistuslaajuus oli laskimovajaatoimintapotilailla kapeampi kuin vertailuryhmällä. Nilkan ojennus- ja koukistusliikkeen laajuuden pientymistä oli havaittavissa erityisesti ikääntyneillä laskimovajaatoimintapotilailla. (Halmesmäki, Eskelinen, Isoherranen & Saarinen 2017, 500.)



**Hyperpigmentaation  
ensiaste**



**Hyperpigmentaatio**



**Staasi- ihottuma**

Kuva 1. Ihomuutokset alaraajojen laskimovajaatoiminnassa (Wounds international 2013, 7).

## 2.2 Alaraajojen laskimovajaatoiminnan oireet ja diagnosointi

Turvotus, kutina, paineen tunne ja jalkojen väsyminen, varsinkin iltaisin ovat oireita monissa tilanteissa, mutta ne ovat myös alaraajojen laskimoiden vajaatoiminnan ensioireita. Turvotus kehittyy yleensä pikkuhiljaa ja se voi aiheuttaa jalkojen särkyä, varsinkin iltaisin. Merkittävin seuraus alaraajojen laskimovajaatoiminnasta on säärihaava. (Venermo 2016; Stolt ym. 2017, 400; Alaraajojen laskimovajaatoiminta: Käypä hoito –suositus 2016.)

Laskimovajaatoiminnan aiheuttamia ihomuutoksia ovat; hyperpigmentaatio, (kuva 1, sivu 4) ihonalaiskudoksen kovettuminen sekä, staasi- ihottuma. Silmämääräisesti on myös havaittavissa avoin tai parantunut haava, sekä ihokarvojen puuttuminen. Staasi- ihottumassa (kuva 2, sivu 5) alaraajojen iho on muuttunut ruskeaksi ja sitä tavataan yleensä nilkan sisäpinnalla. (Venermo 2016; Stolt ym. 2017, 400; Alaraajojen laskimovajaatoiminta: Käypä hoito –suositus 2016.)

Alaraajojen laskimovajaatoiminnan diagnosointi perustuu kliiniseen tutkimiseen. Potilaan oireista tulee luoda kokonaiskuva. Potilaan seistessä on mahdollista silmämääräisesti nähdä suonikohjuja, jotka ovat merkki pinnallisten laskimoiden vajaatoiminnasta, sekä ihomuutoksia, (kuva 1, sivu 4) jotka ovat tyypillisiä laskimovajaatoiminnassa. (Venermo 2016; Stolt ym. 2017, 400; Alaraajojen laskimovajaatoiminta: Käypä hoito –suositus 2016.)



Kuva 2. Staasi-ihottuma (Suhonen 2005).

Alaraajojen laskimoiden vajaatoiminnan silmämääräisen tutkimisen lisäksi laskimoiden toimintaa tutkitaan ultraäänitutkimuksella. Löydöksiä ja oireita suhteutetaan toisiinsa. Ultraääni tutkimuksessa potilas seisoo ja hänen tulisi onnistua rentoutumaan, koska laskimoiden vajaatoimintaa on vaikea havaita, jos alaraajoissa on lihasjännitystä. Laskimoveren virtaus ylöspäin aiheutetaan mansetilla. Nopealla pohjeli-



haksen puristuksella ja vapautuksella voidaan todeta veren takaisinvirtaus laskimoissa. Ultraäänitutkimuksen tekee siihen perehtynyt kuvantamisen ammattilainen. Ultraääni tutkimus kertoo luotettavasti laskimoiden avoimuuden, toiminnan sekä läppien toiminnan. (Stolt ym. 2017, 402; Vikatmaa 2012, 273; Alaraajojen laskimovajaatoiminta: Käypä hoito –suositus 2016.)

### 2.3 Alaraajojen laskimovajaatoiminnan luokitus

Alaraajojen laskimoiden vajaatoiminta luokitellaan oireettomaksi tai vakavaksi, jolloin seurauksena voi olla säärihaava. Laskimovajaatoiminnan aiheuttamat ihomuutokset, ovat riski säärihaavalle (ks. kuva 1 sivulla 4). Säärihaava voi uhata alaraajan elinkelpoisuutta. Laskimoiden vajaatoiminnan hättaluokituksessa arvioidaan potilaan oireita. Luokkia on neljä. Nämä luokat oireineen on koottu taulukkoon 1. (Stolt ym. 2017, 402; Halmesmäki ym. 2017, 498; Alaraajojen laskimovajaatoiminta: Käypä hoito –suositus 2016.)

Taulukko 1. Laskimoiden vajaatoiminnan hättaluokitus (Stolt ym. 2017, 402; Alaraajojen laskimovajaatoiminta: Käypä hoito –suositus 2016).

0	Oireeton
1	Oireita on, mutta voi työskennellä ilman hoitosukkia tai tukisidoksia
2	Oireita on, eikä voi työskennellä ilman hoitosukkia tai tukisidoksia kahdeksaa tuntia päivässä
3	Oireet ovat niin pahoja, ettei voi työskennellä edes hoitosukkia tai tukisidoksia käyttäen.

Laskimovajaatoiminnan luokitteluun käytetään myös CEAP-luokittelua. Luokittelu perustuu kliinisiin löydöksiin. Luokituksessa käytetään asteikkoa C0–C6. Luokat C1–3 ovat komplisoitumattomia ja vastaavasti luokat C4-6 komplisoituneita. Luokittelun tarkoituksena on muun muassa yhdenmukaistaa laskimoiden vajaatoiminnan kliinistä tutkimusta. (Stolt ym. 2017, 402; Viljamaa 2014; Alaraajojen laskimovajaatoiminta: Käypä hoito –suositus 2016.)

Taulukko 2. Alaraajalaskimoiden CEAP- luokitus (Stolt ym. 2017, 400–402; Viljamaa 2014.; Venermo 2016).

C0	Ei ole laskimotaudin merkkejä, tai ne löytyvät tutkimuksessa.
C1	Havaittavissa verkkomaisia, laajentuneita laskimoita
C2	Nähtävissä olevia suonikohjuja
C3	Havaittavissa lisäksi turvotusta
C4	Nähtävissä olevaa ihon ja ihonalaiskudoksen muutosta, kuten pigmentaatio muutoksia tai ihottumaa
C5	Parantunut laskimoperäinen haava
C6	Avoin, laskimoperäinen haava

#### 2.4 Alaraajojen laskimovajaatoiminnan hoito

Alaraajojen laskimovajaatoimintaa voidaan hoitaa kajoavilla toimenpiteillä, jos vajaatoiminta on komplisoitunut. Kajoavia toimenpiteitä ovat kemiallinen hoito, lämpökaterihoito tai suonien poistaminen. Sekä kemiallisen että lämpökaterihoidon tarkoituksena on vaurioittaa laskimoiden seinämiä. Vaurioitunut seinämä aiheuttaa suonien kutistumisen ja veren virtauksen loppumisen kyseisessä suonessa. Tämä saa aikaan veren virtauksen siirtymisen terveisiin suoniin, joka on tavoitteena myös pinnallisten laskimosuonien poistamisessa. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verisuonikirurgisen Yhdistyksen asettama työryhmä 2016.) Kajoavia toimenpiteitä voidaan tehdä laskimoiden päärunkoihin, sivuhaaroihin tai yhdyslaskimoihin. Hoidon valintaan vaikuttavat laskimoiden koko, sekä niiden etäisyys ihosta. Kajoavia hoitoja ei tehdä ennen ultraäänitutkimusten tuloksia. (Stolt ym. 2017, 403; Vikatmaa 2012, 275.)

Alaraajojen laskimovajaatoiminnan aiheuttaman turvotuksen ei-kajoavana hoitona käytetään erilaisia keinoja, joilla tavoitellaan pohkeen lihaspumpun aktivoitumista. Näitä keinoja ovat nilkkanivelen käytön lisääminen, alaraajan kohoasento, sekä kompressiohoito. (Stolt ym. 2017, 405; Terveyskirjasto 2016.) Pohjelihaspumpun parantamiseksi voidaan potilasta ohjata koukistelemaan nilkkoja, nousemaan varpailleen ja nousemaan portaita. Istumista jalat koukussa tai päällekkäin on hyvä välttää. Jalkoja on hyvä pitää ajoittain koholla, sydämen tason yläpuolella, jolloin laskimopaine alaraajoissa vähenee. Hoidon kulmakivenä voidaan kuitenkin pitää kompressiohoitoa. Kompressiohoito on myös paras vaihtoehto säärihaavan estämiseksi. (Kauppinen 2014; Terveyskirjasto 2016.)

### 3 KOMPRESSIOHOITO

Kompressiohoidolla tarkoitetaan alaraajan puristamista ulkoapäin. Kompressiohoito puristaa alaraajaa asteittain nilkasta polveen saakka. Kompressiohoidon aiheuttama paine määräytyy Laplacen lain mukaan sidoksien kireydestä, sidoksien määrästä sekä raajan ympärysmitasta. Painetta saadaan lisättyä lisäämällä sidosten määrää tai kireyttä. Paine laskee alaraajan ympärysmitan kasvaessa. Puristus on suurinta nilkan alueella. (Vikatmaa 2012, 285; Dissemond ym. 2016.)

Kompressiohoito on laajasti käytetty ja tieteellisesti tutkittu hoitomuoto erilaisissa alaraajojen turvotusta aiheuttavissa tilanteissa. Tilanteita voivat olla laskimoiden ja imusuonten vajaatoiminnan lisäksi syvä laskimotukos sekä parantuneet tai avoimet säärihaavat (Lim ym. 2014).

Limin ym. (2014) tutkimuksen mukaan korkean kompression (taulukko 3, sivu 11) aikaan saamalla sidoksilla hapetus alaraajoissa paranee sekä alaraajojen laskimoverenkierron heikkenemisen vuoksi syntyneiden haavojen paraneminen nopeutuu. Kompressiohoidon on todettu auttavan tehokkaasti kaikissa alaraajojen laskimovajaatoiminnan vaikeusasteissa, helpottaen kipua, turvotusta ja siten lisäten toimintakykyä. Kompressiohoidon on myös todettu ehkäisevän säärihaavojen syntyä sekä uusiutumista. (Mahoney 2016).

Oikein kohdistettu ulkoinen paine pienentää laskimoiden halkaisijaa, vähentää laskimoiden seinämien sisäistä painetta ja siten lisää veren virtausnopeutta, estäen veren siirtymisen pintasuoniin ja vastaavasti työntäen nestettä syviin laskimoihin. Kompressiohoito tukee myös pohkeen lihaspumpun toimintaa. Kompressio voidaan saada aikaan joko tukisidoksilla tai tukisukilla. (Dissemond ym. 2016; Lim ym. 2014; Stolt ym. 2017, 404; Wound International 2013, 1, 10).

Tässä toiminnallisessa opinnäytetyössä emme tutustu tukisukkiin, vaan tukisidoksiin. Tukisidoksiin perehtymisen olemme valinneet, koska ne ovat laajasti käytössä alaraajojen haavojen hoidon yhteydessä. Toiminnallisen opinnäytetyömme kirjallinen potilasohje tukisidostenlaittamisesta tulee Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin haava-  
hoitajan käyttöön.

Isoherrasen ym. (2013) mukaan sitoutuminen kompressiohoitoon ei ole kovin hyvää. Kokemuksen mukaan Suomessa pitäisi saada parannettua potilaiden hoitomyöntyvyyttä kompressiohoitoon. Syitä kompressiohoidon laiminlyöntiin voivat olla sidosten aiheuttama kipu, vaikeus sidosten laittamisessa sekä sidoshoidon merkityksen ymmärtämättömyys (Mahoney 2016). Potilaiden hoitomyöntyvyys voi parantua, kun tukisidosten painetta hiukan kevennetään. (Lim ym 2014; Vikatmaa 2012, 286).

### 3.1 Kompressiohoito sidoksin

Yli 50- vuotiailla jalkojen turvotuksen yleisin syy on alaraajojen laskimoiden vajaatoiminta. Turvotuksen taustalla voi kuitenkin olla useita eri syitä ja ne on poissuljettava ennen kompressiohoidon aloittamista. Poissuljettavia sairauksia ovat muun muassa sydämen vajaatoiminta, laskimotukos ja Bakerin kysta. (Terveyskirjasto 2016; Venermo 2016.)

Kompressiohoito aloitetaan yleensä sidoksin, koska hoidon edetessä alaraajojen ympärystymitta voi pienentyä nopeasti turvotuksen vähentyessä. Sidokset asetetaan niin, että kompression puristus on nilkan alueella korkeampi kuin säären yläosassa. Yleensä painetta ei tarvitse sidoksia laittaessa miettiä vaan paineen muutos tulee automaattisesti, koska sidottavan alueen ympärystymitta muuttuu ylöspäin sidottaessa. Kompressiohoito vähentää laskimovajaatoiminnan aiheuttamia oireita. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2014; Stolt ym. 2017, 405; Wounds internationals 2013, 10.)

Ennen kompressiohoitoa on varmistettava alaraajojen valtimoiden verenkierron riittävyys. Hapenpuute kudoksissa voi pahentua, jos kompressiohoitoa käytetään valtimovirtauksen ollessa riittämätöntä. (Lim ym. 2014). Valtimoiden veren virtauksen paineen on oltava riittävä, jotta tukisidoksen aiheuttama ulkopuolelta tuleva paine ei estä veren vapaata kulkemista valtimoissa. Tähän voidaan hyödyntää ABI-mittausta (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2014.)

### 3.2 Abi-mittaus

Nilkka-olkavarsipaineensuhde eli Abi-mittaus kertoo alaraajojen valtimoiden verenkierrosta. Abi-mittauksessa potilaalta mitataan systolinen verenpaine sekä olkavarresta että nilkoista. Mittaamiseen käytetään verenpainemansetin lisäksi doppleranturia. Doppleranturilla tarkistetaan valtimoiden verenvirtausta verenpainemansetin aiheuttaessa painetta. Nilkkapainearvo jaetaan suurimmalla olkavarsipaineella. Normaali Abi arvo on 0,9 ja 1,2 välillä eli nilkan tasolla on lähes samat systoliset verenpaineet kuin olkavarressa. Alentuneesta alaraajojen valtimoverenkierrosta kertoo alle 0,9 ABI- arvo. (Stolt ym. 2017, 139, 411–412; Vikatmaa 2012, 284.)

Tukisidoshoidon voidaan turvallisesti toteuttaa Abi-arvon ollessa enemmän kuin 0,8. Tällöin valtimoiden verenkierto on riittävää ja ulkopuolelta tulevasta paineesta huolimatta veri pystyy virtaamaan valtimoissa esteettä. Alaraajojen hapenpuutteesta kertoo alle 0,5 ABI arvo. ABI arvon ollessa 0,5 tai alle, ei tukisidoshoidon voida aloittaa. (Alaraajojen laskimovajaatoiminta: Käypä hoito -suositus 2016; Vikatmaa ym. 2012, 284.)

## 4 TUKISIDOKSET

Tukisidoksia on useita erilaisia. Tukisidoksia voidaan tehdä sekä joustamattomasta että joustavasta materiaalista. Pääasioita tukisidoksien käytössä kuitenkin on, että niillä saadaan aikaan sopiva paine. Lisäksi niiden tulee olla oikein laitettu, jolloin niiden käyttömukavuus lisääntyy sekä ne sopeutuvat liikkeeseen. Tukisidosten materiaali ei saa aiheuttaa potilaalle allergiaa tai muita iho-oireita. (Wound international 2013, 13; Lim ym. 2014.)

Onnistunut tukisidoshoito edellyttää hoitavan tahon ja potilaan yhteistyötä. Potilaan on oltava sitoutunut hoitoon ja ymmärrettävä sen jatkuvuus. Hoitavan tahon puolestaan on mietittävä, millainen sidos on potilaalle paras ja riittävä, mutta hyvän elämänlaadun mahdollistava. (Wound international 2013, 13.)

Tukisidokset tulee osata laittaa oikein, ettei niiden aiheuttama ulkoinen paine aiheuta kudonvaurioita. Mitä pienempi on sidottavan kohdan ympärysmitta, sitä suurempi on kudonvaurion riski. Ympärysmittaan ohuen kohdan sitominen aiheuttaa suuremman paineen kudokseen, jolloin se voi vaurioitua painuessaan kovaa luuta vasten. Riski sitomisella aiheutettuun kudonvaurioon on suurimmillaan nilkan alueella. (Wounds international 2013, 12; Lim ym. 2014.)

Tukisidoksien aikaan saama paine voidaan mitata painemittarilla. Painemittausta voidaan käyttää arvioidessa tukisidoshoidon laatua sekä tarpeellisen paineen aikaansaamista. Painemittareita voidaan käyttää myös tukisidonnan koulutuksissa. (Vikatmaa 2012, 286.)

Paineanturi on ilmatäytteinen ja se asetetaan potilaan alaraajan iholle ennen tukisidonnan aloittamista. Painemittari sijoitetaan nilkan alueelle, sisäkehräksen yläpuolelle sekä pohkeen paksuimmalle kohdalle. Paineanturit yhdistetään keskusyksikköön muoviletkulla. Tukisidoksen asettamisen jälkeen paine voidaan mitata ja tulos katsoa keskusyksiköltä. Painevoimaa kuvataan elohopeamillimetreinä. (Vikatmaa 2012, 286; Lim ym. 2014.)

Tukisidosten paineluokituksia ei erikseen ole määritelty, mutta lääkinnällisten hoitosukkien paineluokitusta voidaan käyttää apuna myös tukisidoshoidossa (ks. taulukko 3). Paineluokitus on jaettu neljään luokkaan. (Vikatmaa 2012, 289; Alaraajojen laskimovajaatoiminta: Käypä hoito -suositus 2016.) Tukisidosten valintaan vaikuttavat potilaan liikuntakyvyn lisäksi sidottavan jalan koko, sidoksella aikaansaatu paine sekä sidontamalli (Hietanen 2016).

Taulukko 3. Tukisukkien paineluokitus ja käyttöaihe (Vikatmaa 2012, 271; Alaraajojen laskimovajaatoiminta: Käypä hoito -suositus 2016).

15-23 mmHg	Laskimoveritulpan ehkäisy ja laskimoiden vajaatoiminta
24-34 mmHg	Laskimoperäinen turvotus, säärihaavat sekä imutieperäinen turvotus
35-49 mmHg	Vaikea laskimoperäinen turvotus, säärihaava sekä vaikeampi imutieperäinen turvotus
yli 50 mmHg	Vaikea imutieperäinen turvotus

#### 4.1 Vähäelastinen eli joustamaton tukisidos

Vähäelastiset tukisidokset eivät jousta juurikaan. Joustamattomalla sidoksella saadaan aikaan voimakkaampi puristus liikkeessä ja kevyempi puristus levossa. Turvotuksen laskiessa sidoksesta tulee helposti löysä, joten sidokset on tarkistettava päivittäin. Sidos vaihtoehtoja on useita, mutta yleensä käytetään sidoksia, jotka ovat puuvillaa ja niitä on saatavissa useita erikokoisia. Leveys voi vaihdella kahdesta senttimetristä aina kymmeneen senttimetriin. Pituutta voi olla jopa 10 metriä. (Dissemond ym. 2016; Todd 2011, 682.)

Dissemondin ym. (2016) mukaan omatoimisille, liikkuville potilaille suositellaan yleensä vähäelastista tukisidosta ja tarkoituksena on saada keskivoimakas puristus sekä tukea pohjelihaksen toimintaa. Paineen vaihtelua syntyy kävellessä tai nilkkaa liikuteltaessa. Paineen vaihtelun uskotaan auttavan laskimoiden paluuverenkiertoa tehokkaasti. Sidos saa olla paikoillaan useita vuorokausia, koska sen aiheuttama paine on levossa vähäistä. Tästä syystä sidos ei sovellu potilaille joiden liikuntakyky on huomattavasti alentunut. Sidos on tarkistettava päivittäin ja tarvittaessa sidottava uudelleen, riittävän paineen aikaan saamiseksi. Sidosmallina käytetään anatomista sidontaa (ks. kuva 3, sivulla 12). (Hietanen 2016; Satakunnan sairaanhoitopiiri 2016a; Wound international 2013, 24; Dissemond ym. 2016.)

#### 4.2 Runsaselastinen eli joustava tukisidos

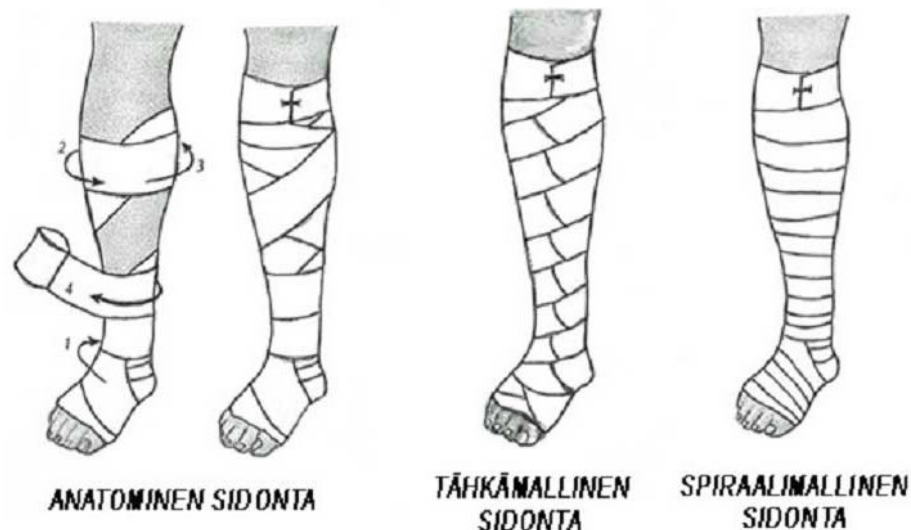
Runsaselastinen eli joustava tukisidos on yleensä valmistettu puuvillasta, mutta se sisältää lisäksi elastaania, viskoosia tai polyamidia. Sidoksia on useita eri levyisiä ja pituisia. Joustavilla tukisidoksilla ulkoinen paine pysyy myös lihaksen ollessa levossa. Paine kevenee liikkeessä, koska joustava sidos mukaillee lihasta ja antaa periksi venytyksen aikana. (Dissemond ym. 2016.)

Vähemmän liikkuville potilaille, joiden pohjelihaspumpun käyttö on heikentynyt, käytetään yleensä voimakkaan puristuksen antavaa runsaselastista sidosta. Sidoksen teho turvotuksen hoidossa on hyvä, vaikka potilas ei juuri liikkuisikaan. Sidokset laitetaan aamuisin, ennen vuoteesta nousua. Sidos on otettava pois yöajaksi, kudonsvaurioiden ehkäisemiseksi. Sidontamallina voi olla anatominen-, spiraali- tai tähkäsidonta (ks. kuva 3, sivulla 12.) (Hietanen 2016; Satakunnan sairaanhoitopiiri 2016b; Dissemond ym. 2016.)

### 4.3 Tukisidosten sidontamallit

Anatomiseen sidontaan tarvitaan kaksi sidosta. Sitominen alkaa varpaiden tyvestä ulkoreunasta sisäänpäin. Sidottavan nilkan tulee olla 90 asteen koukussa. Kantapää sidotaan peittoon. Sidosta jatketaan säärtä pitkin ylöspäin. Puristus on suurinta nilkan kohdalla, keventyen asteittain ylöspäin mennessä. Sidos tehdään rypyttömästi. Ensimmäinen sidos sidotaan niin, että se nousee noin kaksi (2) senttimetriä polven alapuolelle. Jos sidosta jää jäljelle, se kieritetään takaisin alaspäin, niin, että se ei enää aiheuta lisäpuristusta. Sidoksen loputtua se kiinnitetään teipillä. Toisella sidoksella aloitetaan nilkan kohdalta, jälleen ulkoa sisäänpäin. Sidos mukailee säärtä ja se nousee myös polven alapuolelle, kuten ensimmäinen side. Jos sidosta jää jäljelle, sitä sidotaan takaisin alaspäin, kuten ensimmäistä sidosta. (Suomen haavahoitoyhdistys ry n.d; Vikatmaa 2012, 287; Harri 2017.)

Tähkämallinen sidonta aloitetaan kiertämällä side jalkaterän ympäri kolme kertaa. Sidonta aloitetaan pikkusormesta, kohti isovarvasta, jalkapöydän yli. Sidettä ei kiristetä tai vedetä. Kolmen kierroksen jälkeen side viedään kantapään takaa ja tuodaan sieltä takaisin jalkapöydän päälle, sisäreunalle. Sidontaa jatketaan kahdeksikon mallisesti niin monta kierrosta, että kantapää on kokonaan peitetty. Kahdeksikkokiedonnasta muodostuu tähkäkuviot, josta sidonta on saanut nimensä. Toinen sidos aloitetaan kiertämällä se nilkan ympäri, kantapään alle ja takaisin nilkan päälle. Sidontaa jatketaan tarvittavan ylös tasaisella kierroksella. Noin puolet siteestä jää näkyviin uuden kierroksen alta. Tukisidoksien laittaminen on havainnollistettu kuvassa 3. (Vikatmaa 2012, 287.)



Kuva 3. Tukisidoksen laittaminen (Käypä Hoito -kuvat 2007).

Spiraalimallinen sidonta tehdään kuten tähkämallinenkin, mutta siinä sidosta kiedotaan alhaalta ylöspäin tasaisesti koko ajan. Tällöin ei muodostu tähkäkuviota. Sidonta aloitetaan pikkurvarpaan puolelta ja kantapää sidotaan piiloon. Sidonta tehdään vähintään polveen saakka. Sidonnan painetta voidaan säädellä kerrostiheydellä. (Alaraajojen laskimovajaatoiminta: Käypä hoito -suositus 2016; Vikatmaa 2012, 287).

Tehokas turvotuksen poistokeino on monikerrostukisidos, joka voi olla paikoillaan viikonkin akuutin turvotuksen häviämisen jälkeen, jos se on pysynyt tukevana ja tasaisesti puristavana. Monikerrostukisidos sisältää pehmustekerroksen, itseensä tarttuvia kierresidoksia sekä päällimmäisenä joko vähäelastisia tai runsaselastisia sidoksia. Tätä sidosta ei suositella valtimoverenkierron häiriöistä kärsiville eikä diabeetikoille. (Hietanen 2016; Vikatmaa ym. 2012, 286.)

## 5 POTILASOHJAUS TUKISIDOSTEN KÄYTÖSSÄ

Potilasohjauksella tarkoitetaan suunnitelmallista ja tavoitteellista kohtaamista potilaan ja ohjaajan välillä. Tarkoituksena on opastaa potilasta hänen tarvitsemansa omahoidon toteutuksessa. Tukisidoshoidon kunnollisen toteutumisen kulmakivenä voidaan pitää huolellisesti toteutettua potilaan ohjaamista ja neuvomista. Potilasohjaus on keskeinen osa hoitotyötä. Se on asiakaslähtöistä ja sen lähtökohtana ovat potilaan toiveet, tarpeet sekä odotukset. (Huurre 2014, 4–5; Isoherranen ym. 2013).

Ohjaaja ja potilas ovat tasavertaisia, molemmat oman alansa asiantuntijoita. Potilasohjausta voidaan verrata ongelmanratkaisuprosessiin,



jossa ohjaaja yhdessä potilaan kanssa etsii keinoja potilaan tilanteeseen ja tilanteen parantamiseen. Potilasohjausta voidaan kutsua myös muilla nimillä, kuten neuvonta tai informointi. (Huurre 2014, 4–5; Lipponen 2014, 17; Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 70.)

Tukisidosten laittaminen vaatii koulutusta, harjoittelua ja kokemusta. Potilas tai hänen omaisensa eivät itse kykene sidoksia laittamaan oikeaoppisesti. (Isoherranen ym. 2013.) Dissemoinnin ym. (2016) mukaan tukisidoshoito on kuitenkin toteutettavissa omaisen avulla, jos omaisen saa tukisidosten laittoon koulutuksen. Koulutuksen voisi antaa esimerkiksi tukisidoshoitoon perehtynyt hoitaja.

## 5.1 Potilasohjaus hoitotyössä

Potilasohjauksen tarkoitus on lisätä potilaan tietoa liittyen hänen omaan hoitoonsa. Ohjaaja antaa neuvoja, ohjausta ja opetusta, perustuen viimeisimpiin hoitosuosituksiin. Potilas itse päättää, ottaako hän ohjausta vastaan ja noudattaako hän sitä. Ohjausta antavan tahon tulee kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja antaa potilaalle itselle vastuun omasta hoidostaan. Ohjausta antavan henkilön täytyy kuitenkin varmistua siitä, että potilas on ymmärtänyt omien päätöksiensä vaikutukset omaan terveyteensä. Potilasohjaus on suunnitelmallista ja sen tavoitteena on saada potilas aktiiviseksi osallistujaksi, joka ottaa vastuuta omasta hoidostaan. (Kääriäinen 2010, 26–30; Lipponen 2014, 17).

Potilaat tarvitsevat tietoa omasta sairaudestaan. Tieto sairaudesta, sen oireista ja hoidosta kehittävät potilaan oman elämän hallintaa. Oman sairauden hallinta luo edellytykset hyvälle elämänlaadulle.

Huolellisesti toteutettu potilasohjaus edistää potilaan terveyttä ja vähentää sairaanhoidon kuluja. Hoitojaksot ja sairaalakäynnit vähenevät, kun potilas on sitoutunut omaan hoitoonsa. (Kääriäinen 2010, 28–29; Lipponen 2014, 18.)

## 5.2 Potilasohjaussuhde

Potilasohjaus perustuu turvalliseen ja luottamukselliseen ohjaussuhteeseen. Ohjaavalla henkilöllä tulee olla riittävät tiedot ja taidot ohjaamastaan asiasta. Ohjaajan on hyvä muistaa, että potilaat vastaanottavat tietoa ja ohjeita eri tavoin. Ohjaajan on saatava riittävä koulutus ymmärtääkseen eri ohjausmenetelmien käytöstä. Ohjauksen toteutukseen vaikuttaa myös ohjaajan omat asenteet. Ohjaajan on osoitettava luottamusta ja ymmärrystä asiakasta kohtaan, jotta ohjaussuhteesta syntyy turvallinen ja luottamuksellinen. (Huurre 2014, 7; Kääriäinen 2010, 27; Lipponen, Kanste, Kyngäs & Ukkola 2008, 121–122.)

Jotta ohjaus on laadukasta, täytyy ohjausta antavan henkilön olla selvillä potilaan kokonaistilanteesta. Potilaan oma motivaatio vaikuttaa hänen kykyynsä omaksua ohjausta. Onkin tärkeää, että ohjaaja luo vuorovaikutuksellisen ja tasavertaisen suhteen ohjattavaan. Tällöin ohjaaja voi huomioida potilaan omat resurssit ja toiveet omaan hoitoonsa liittyen. Ohjauksen etenemiselle on hyvä yhdessä potilaan kanssa asettaa tavoitteet. Tavoitteisiin pääsemiseksi tehdään suunnitelma ja sitä arvioidaan. Vastuu ohjauksen etenemisestä on ohjaajalla, mutta potilaan mukaan ottaminen ohjaamiseen voi lisätä hänen motivaatiotaan omaan hoitoonsa liittyen. (Huurre 2014, 7; Kääriäinen 2010, 28–29; Mahoney 2016.)

Ohjaajan on myös muistettava puhua potilaalle niin, että tämä ymmärtää mistä on kyse. Ammattisanasto on osattava kääntää potilaalle ymmärrettäväksi. Pelkän suullisen ohjauksen varaan ei voida ohjausta jättää. Potilaalle on hyvä antaa sanallisen ohjauksen lisäksi kirjallista materiaalia, johon hän voi palata halutessaan. Ohjauksen sisällön tulee olla saman sisältöistä, sekä kirjallisena, että suullisena. Eriävät tiedot saattavat aiheuttaa potilaalle epävarmuutta ja pahimmassa tapauksessa hän saattaa epäillä hoitoa ja sen merkitystä. (Kääriäinen 2010, 27; Männikkö 2014.)

Ohjaajan tulee ohjata potilaalle hänen hoitonsa niin, että potilaalla on mahdollisuus ottaa itse vastuu omasta hoidostaan. Yksisuuntaisella tiedon siirtämisellä harvoin onnistutaan motivoimaan potilasta riittävästi, vaan hänen osallisuutensa on merkittävässä roolissa. Potilaita tulee rohkaista omaan hoitoonsa osallistumiseen. Potilaan kanssa tulee käydä läpi mitä hän tietää ohjattavasta asiasta etukäteen, mitä hänen tulee tietää siitä lisää ja onko lisäksi jotain mistä hän tahtoi tietää vielä enemmän. Kun potilas saa osallistua omaan hoitoonsa, lisää se hänen sitoutumistaan sekä tyytyväisyyttään hoitoa kohtaan. (Kääriäinen 2010, 29; Kääriäinen 2011, 41–42.)

## 6 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Tämä opinnäytetyö on luonteeltaan toiminnallinen. Tässä luvussa selvitetään opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus sekä määritellään, mikä on toiminnallinen opinnäytetyö. Lopuksi kuvataan opinnäytetyön eteneminen suunnittelusta toteuttamiseen sekä tietoperustan että tuotoksen eli potilasohjeen kannalta. Tässä työssä tilaajalla tarkoitetaan Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin haavahoitajaa.

## 6.1 Työn tavoite ja tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa Kanta-Hämeen Keskussairaalan haavahoitajan käyttöön selkeä, kuvallinen potilasta motivoiva kirjallinen ohje tukisidosten oikeasta käytöstä. Tukisidoshoito voi olla potilaan mielestä epämiellyttävää ja vaikeaa, jolloin hoitoon sitoutuminen vaikeutuu. Tällä kirjallisella ohjeella pyrimme motivoimaan tukisidoshoitoon sitoutumista. Kirjallisesta ohjeesta on tarkoitus käydä selkeästi ilmi, kuinka tukisidokset laitetaan, jotta niiden oikein laittaminen helpottuu ja käyttö yhdenmukaistuu.

Tehtävinä on selvittää

1. Miksi tukisidoksia käytetään?
2. Miten tukisidokset tehdään oikeaoppisesti?
3. Miten ohjata potilasta tukisidosten käyttöön?

## 6.2 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö on toimintaoppimista, jonka tavoitteena on opiskelijoiden kehittyminen ammatillisessa osaamisessa. Ihanteellista olisi, että opiskelijat sisäistävät tiedon haun ja sen soveltamista myös työelämässä, tutkinnon suorittamisen jälkeen. (Salonen 2013, 5–6.) Toiminnallisen opinnäytetyön perusajatusta voidaan kuvata ajatuksella, että teoria sisältyy käytäntöön ja käytäntö sisältyy teoriaan. Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on löytää keinoja tehdä toimintamalleista entistä parempia. (Heikkinen 2015, 204–205; Sarajärvi ym. 2011, 115.)

Toiminnallinen opinnäytetyö tehdään yhteistyössä työelämän kanssa. Toiminnallinen opinnäytetyö sisältää tietoperustan, jonka pohjalta tehdään tuotos. Tuotoksen tarkoitus on olla uusi hyödyllinen työkalu työelämätaholle, joka tuotoksen on tilannut. Tuotos voi olla ohjaamista, neuvomista, opastamista tai toiminnan muutokseen tähtäävää järkeistämistä. Työelämätahon kanssa käydään ajoittain läpi tuotoksen kehittyminen. Yhdessä arvioidaan myös mikä on tarpeellista, mikä ei ja mitä pitäisi lisätä. (Salonen 2013, 5–6; Sarajärvi ym. 2011, 116.)

Valitsimme toiminnallisen opinnäytetyön, koska tahdoimme tehdä jonkin konkreettisen tuotoksen, josta on hyötyä niin työelämätaholle kuin potilaille. Aiheen valikoituminen tukisidosten laittamisen kirjalliseksi ohjeeksi lähti meiltä itseltämme. Olimme molemmat huomanneet harjoittelussamme haavahoitajan luona, että tukisidosten laittamiseen tarvittaisiin selkeää ohjetta, joka yhdenmukaistaisi tukisidoshoitoa kotiloissa sekä motivoisi potilaita käyttämään niitä.

Toiminnallinen opinnäytetyömme sisältää teoriaosuutta ja tuotoksena syntyneen kirjallisen potilasohjeen (liite 1). Teoriaosuudessa kerromme kattavasti miksi tukisidoshoidon tarviin, miten sitä toteutetaan sekä miten potilasta voidaan motivoida tukisidoshoidon. Kirjallisessa tuotoksessa käytämme hyödyksi keräämäämme teoriapohjaa.

### 6.3 Toiminnallisen opinnäytetyön eteneminen

Toiminnallinen opinnäytetyö lähtee liikkeelle kehittämistarpeesta. Kehittämistarve luo pohjan tulevalle tuotokselle. Kehittämistarve nousee työelämän tarpeista. Opiskelijan on kuitenkin hyvä valita itseään kiinnostava aihe, jonka avulla pystyy yhdistämään koulutuksen aikana opittuja asioita ja kehittämään niitä. Kiinnostava aihe myös motivoi perehtymään aiheeseen lisää. Jo opitun lisäksi opiskelija kehittää tiedonhaun ja tiedon soveltamisen taitoja. (Salonen 2013, 5, 15–17; Sarajärvi ym. 2011, 117.)

Tästä päästään suunnitteluun, jossa läpi käydään ja kirjataan toteutuksen aikataulu, siinä mukana olevat tahot sekä siihen käytettävät materiaalit ja tiedonhankintamenetelmät. Suunnitelmassa pyritään vastaamaan kysymyksiin miksi, miten ja milloin. Suunnitteluun kuuluu myös toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteiden kirjaaminen, mitä tavoitellaan kyseisellä opinnäytetyöllä, mitkä ovat sen hyödyt. Suunnitteluvaihetta seuraa toteutusvaihe. (Salonen 2013, 5, 15–18; Sarajärvi ym. 2011, 117.)

Toteutusvaihe kattaa kaiken teoriapohjan kirjoittamisesta valmiiseen tuotokseen. Ennen viimeistelyä tehdään arviointi. Arvioinnissa kaikki siihen osalliset tahot käyvät sen läpi ja arvioivat onko työtä tarpeen vielä täydentää vai voiko sen viedä viimeistelyvaiheeseen. Lopullisessa arvioinnissa arvioidaan opinnäytetyön aiheen valinta, tavoitteet ja niihin pääsy, teoreettinen viitekehys, tietoperusta ja tuotoksen soveltuvuus kohderyhmälle. Myös opiskelija arvioi omaa työskentelyään sekä aikaan saamaansa opinnäytetyötä. (Salonen 2013, 5, 15–18.)

Viimeistelyvaiheessa opiskelijat viimeistelevät sekä tuotoksen että opinnäytetyöraportin. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät tuotos eli käytännön toteutus sekä raportointi. Työelämätahtolista on myös hyvä kerätä tietoa ja arvioita siitä, onko tuotettu tuotos soveltuva ja kuinka sen käytöstä arvioidaan olevan hyötyä. Lopuksi voi pohtia nousiko opinnäytetyöstä jatkokysymyksiä tai kehittämisehdotuksia ja kirjata ne myös ylös raporttiin. (Salonen 2013, 5, 15–19; Sarajärvi ym. 2011, 122.)

## 6.4 Suunnitteluvaihe

Ajatus tukisidosten laittamisen ohjeesta tuli meille syksyllä 2016. Olimme olleet työelämäharjoittelussa Kanta-Hämeen Keskussairaalan haavahoitajan vastaanotolla. Tuolloin huomasimme, että haavahoitajan luona käyvistä potilaista monikaan ei sitoutunut tukisidosten säännölliseen käyttöön. Meille heräsi ajatus, että tekisimme toiminnallisena opinnäytetyönä pienen kirjallisen ohjeen tukisidosten laitoista.

Otimme yhteyttä Kanta-Hämeen keskussairaalan haavahoitajaan, joka suostui yhteistyökumppaniksemme. Kävimme tapaamassa työelämätahon edustajaa ja mietimme yhdessä mitä opinnäytetyössä olisi hyvä olla. Tulimme siihen tulokseen, että tuotoksena olisi tukisidosten laitton kirjallinen ohje. Kirjallisen ohjeen tulisi olla kuvallinen ja sanallinen sekä sen pitäisi olla myös potilasta motivoiva. Saimme vapaat kädet opinnäytetyön sisältöön, kunhan tuotoksena olisi pieni, kuvallinen ja motivoiva kirjallinen ohje.

## 6.5 Toteutusvaihe

Mietimme, kuinka rajaisimme teoriaosuuden ja mikä olisi kaikkein tärkeintä tukisidoshoitoon liittyen. Tukisidoshoitoa käytetään useissa eri alaraajojen turvotusta aiheuttavissa sairauksissa. Emme kuitenkaan voisi kaikista näistä kirjoittaa. Päädyimme rajaamaan aiheen alaraajojen laskimovajaatoimintaan ja sen aiheuttaman turvotuksen hoitoon tukisidoksilla. Alaraajojen laskimoiden vajaatoiminta on melko yleinen ja siitä aiheutuvia oireita hoidetaan paljon myös haavahoitajan vastaanotolla.

Tässä työssä esittelemme alaraajojen laskimoiden rakennetta ja toimintaa, laskimoiden vajaatoimintaa sekä sen aiheuttamia oireita. Lisäksi käsittelemme lyhyesti alaraajojen laskimovajaatoiminnan tutkimukset sekä ei- kajoavat hoitomuodot. Työssä käsittelemme myös potilasohjausta ja kirjallista ohjetta. Mitä on hyvä potilasohjaus, mistä se muodostuu ja kuinka sitä toteutetaan.

## 7 KIRJALLINEN OHJE TUKISIDOSTEN LAITTOON

Potilaan suullista ohjausta on hyvä täydentää kirjallisella ohjeella. Ohje voi olla lyhyt, yhden sivun mittainen esite tai useampia sivuja sisältävä opas. Kirjallisessa ohjeessa on hyvä olla tietoa potilaan sairaudesta, sen oireista, hoidosta, tutkimuksista ja toipumisesta. Potilas ei välttämättä pysty vastaanottamaan tai muistamaan kaikkea tietoa kerralla, joten potilas voi palata kirjalliseen ohjeeseen hänelle sopivana ajankohtana. Ohje voi neuvoa myös tutkimukseen valmistautumisesta, jolloin se

usein lähetetään potilaalle kotiin, jolloin suullinen ohjeistus jää kokonaan pois. Tällöin ohjeen sisältö entisestään korostuu. (Eloranta & Virkki 2011, 73–74; Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 124; Ali-Raatikainen & Salanterä 2008, 63.)

### 7.1 Kirjallisen potilasohjeen tavoite ja sisältö

Tässä toiminnallisessa opinnäytetyössä kirjallinen ohje on A4 taitettuna kahtia. Kirjalliseen ohjeeseen ei tule tietoa sairauksista, koska tukisidoshoidon voi olla hoitona monissa eri sairauksissa. Ohjeen sisältö keskittyy vain tukisidosten laittamiseen. Kuvien lisäksi teemme kirjallisesta ohjeesta potilasta motivoivan. Tavoitteena kirjallisella ohjeella on, että potilaiden sitoutuminen tukisidoshoidon paransi ja tukisidosten laittaminen yhdenmukaistuisi.

Kirjallisen ohjeen tulee sisältää potilaan sairautta tai hoitoa koskevaa tietoa. Sen tavoitteena on vastata potilaiden kysymyksiin sairaudesta tai hoidostaan. Kirjallisen ohjeen tulee pohjautua ajantasaiseen tietoon. Ohjeessa neuvotaan ja ohjataan potilasta kulloinkin voimassa olevien näyttöön perustuvien hoitokäytäntöjen mukaan. Kirjallinen ohje tulee päivittää riittävän usein, jolloin myös sen luotettavuus säilyy. (Eloranta ym. 2011, 74–75; Kyngäs ym. 2007, 124–125.)

Tukisidosten laittamisen ja käyttämisen kirjallisessa ohjeessa tulee mainita ainakin seuraavat asiat: Mitä etuja tukisidoksista on, kuinka sidokset laitetaan oikein, kuinka kauan sidoksia pidetään, hygienian merkitys sidoshoidossa mahdollisten ongelmien tunnistaminen sekä kehen potilas ottaa yhteyttä, jos hänelle tulee ongelmia. (Lim ym. 2014.)

### 7.2 Kirjallisen potilasohjeen rakenne

Kirjallisen ohjeen on oltava helposti luettava. Ohjeen kielen on oltava potilaan ymmärrettävissä. Lääketieteelliset termit on ”suomennettava”, jotta potilas pystyy sisäistämään ohjeen sanoman. Ohjeessa on hyvä korostaa keskeisiä asioita, esimerkiksi otsikoinnin avulla. Kappaleiden jaottelussa kannattaa käyttää ajatusta, yksi kappale, yksi asia. Kappaleen pääasia on hyvä sijoittaa heti ensimmäiseksi lauseeksi. (Kyngäs ym. 2007, 127.) Kappaleiden jaottelu tekee ohjeesta helposti luettavan. Kuvat voivat olla apuna, selkeyttämässä kirjallisia ohjeita. (Eloranta ym. 2011, 75–76.)

Ohjetta laatiessa on mietittävä, kenelle se on suunnattu. Esimerkiksi ikäihmisille suunnatun ohjeen tulee olla riittävän suurella kirjaisinkoolla, jotta sen lukeminen olisi helppoa. Myös vaikealukuisia kirjaimia on hyvä välttää. (Eloranta ym. 2011, 75–76.)

Ohjattavien asioiden tulee edetä loogisessa järjestyksessä. Asiat nivoutuvat toisiinsa selkeästi ja ymmärrettävästi kun ne seuraavat toisiaan järjestyksessä. Esimerkiksi sairaudesta kerrotaan ennen sen hoitoa. Lisäksi ohjeessa ohjatut asiat esitetään lyhyesti ja konkreettisesti. Ohjeesta on selkeästi käytävä ilmi, kuka tekee ja mitä. Ohjeen sanamuotojen on siis selkeästi viestittävä mitä potilaan tulee tehdä. (Eloranta ym. 2011, 75; Kyngäs ym. 2007, 127.)

Kirjallisen ohjeen pituudesta ei ole olemassa ohjetta. On kuitenkin muistettava, että ohjeeseen on mahdutettava kaikki oleellinen tieto. Ohjetta ei tule täyttää epäoleellisella tiedolla. Ohjeen loppuun voidaan kuitenkin koota kirjallisuus luettelo, josta selviää mistä potilas halutesaan saa luotettavaa tietoa sairauteensa liittyen. Todennäköisimmin potilas kuitenkin perehtyy kokonaisuudessaan ohjeeseen, joka on lyhyt ja ytimekäs. (Eloranta ym. 2011, 77; Kyngäs ym. 2007, 127.)

Vaikka ohjeessa kerrotaan potilaalle, mitä hänen tulee tehdä, ei se välttämättä motivoi potilasta toimimaan. Potilaan motivaatiota voidaan lisätä perustelemalla ohjeet. Tällöin potilaan on helppo ymmärtää miksi hänen tulee toimia ohjeiden mukaisesti. Ohjeessa voidaan myös mainita, mitä voi aiheutua, jos potilas ei noudata ohjeita. (Eloranta ym. 2011, 76; Kyngäs ym. 2007, 127.)

Tehdessämme opinnäytetyön toiminnallista osuutta, kirjallista potilasohjetta (liite 1), käytimme hyödyksi keräämäämme teoriapohjaa. Kirjallinen ohje etenee loogisesti, alustuksesta itse asiaan eli tukisidosten laittamisen ohjeisiin. Ensin motivoimme potilasta tukisidoshoitoon kertomalla tukisidoshoidon hyödyistä. Tämän jälkeen kerromme yleiset ohjeet tukisidoshoitoon. Yleisten ohjeiden jälkeen tulevat kuvat ja tekstit, jotka lyhyesti kertovat mitä tehdä ja missä järjestyksessä. Kirjallisen ohjeen lopuksi laitoimme lisätietoja, kuten kenen puoleen potilas voi kääntyä, jos hän tarvitsee apua tukisidosten laitossa. Kirjallisen potilasohjeen rakenteen ja tyylin ohjeet tulivat Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiriltä, emmekä niitä muuttaneet.

## 8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Toiminnallisen opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää missä tilanteissa tukisidoksia käytetään, miten ne laitetaan oikeaoppisesti ja miten potilasta ohjataan niiden käyttöön. Näihin kysymyksiin olemme vastanneet teoriaosuudessamme. Käsittelemme syitä ja sairauksia, joihin tukisidoshoidoa käytetään. Kerromme myös yksityiskohtaisesti, miten tukisidokset laitetaan oikein ja miten niiden käyttöä ohjataan potilaalle.

Tavoitteena tässä opinnäytetyössä oli tehdä potilasta motivoiva kirjallinen potilasohje tukisidosten laittamisesta. Kirjallinen potilasohje tuli käyttöön tilaajalle, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin haavahoitajalle. Kirjallisen ohjeen sisältöä on mietitty yhdessä tilaajan kanssa ja tilaajan toiveita on noudatettu. Tilaaja on myös arvioinut kirjallisen ohjeen, sen sisällön ja sen käytettävyyden. Tilaaja on arvioinut, että kirjallinen ohje on kattava ja se tullaan käyttöönottamaan Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin haavahoitajan vastaanotolla.

Tässä kappaleessa kuvataan toiminnallisen opinnäytetyön luotettavuutta ja eettisyyttä sekä kerrotaan, kuinka prosessi on edennyt. Lisäksi kappaleessa pohditaan toiminnallisen opinnäytetyön tekemistä sekä arvioidaan prosessin etenemistä.

### 8.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Tieteellinen tieto perustuu tutkimuksiin. Tieteellisellä tiedolla pyritään kumoamaan epätosia uskomuksia ja havaintoja. Tutkimus tulee suorittaa hyvä tieteellisen käytännön mukaisesti. Vain tällöin tutkimus voi olla eettisesti luotettava sekä tulokset uskottavia. Jokaisen tutkijan tulee sisäistää hyvä tieteellinen käytäntö. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 211-212; Sarajärvi ym. 2011, 25.)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta on määritellyt yhdeksän kohdan listan hyvän tieteellisen käytännön lähtökohdista. Tähän listaan on sisällytetty muun muassa seuraavia asioita; rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus koko tutkimusprosessin ajan, avoimuus ja vastuullisuus tuloksia julkaistessa, muiden tutkimusten kunnioittaminen ja arvostaminen, sekä tutkimuslupien hankkiminen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014; Kankkunen ym. 2013, 211–212.)

Tutkimusta voidaan pitää luotettavana, kun se on julkinen, objektiivinen, perusteltava sekä kommunikoitava. Julkisella tarkoitetaan, että tutkimuksessa käytetty tieto on kaikkien saatavilla. Silloin tutkimuksen sisältöä pystytään hyödyntämään myös muissa tutkimuksissa.



Objektiivisuus tarkoittaa, että tutkimus ei sisällä tutkijan omia mielipiteitä, vaan se perustuu aiempaan tutkittuun tietoon. Perusteltavuudella tarkoitetaan, että tutkimuksesta tulee ilmetä mitä lähteitä on käytetty. Lähteiden merkitseminen mahdollistaa työssä käytettyjen tutkimusten seuraamisen. Lisäksi lähteiden merkitseminen kertoo tutkimuksen rehellisyydestä, avoimuudesta ja huolellisuudesta. (Sarajärvi ym. 25–33.)

Toiminnallista opinnäytetyötä tehdessämme olemme olleet lähdekriittisiä. Olemme hyväksyneet työhömmme vain alle kymmenen (10) vuotta vanhoja materiaaleja. Olemme käyttäneet tiedon haussa yleisesti hyväksyttäjä hakuportaaleja, kuten EBSCO ja Pubmed. Olemme hyväksyneet opinnäytetyöhömmme vain luotettavista lähteistä haettua, tuotetta tietoa.

Luotettavuutta ja eettisyyttä opinnäytetyöhön tuo myös se, että olemme merkinneet lähteet tarkasti ja alkuperäisiä kirjoittajia kunnioittaen. Käyttämämme lähteet ovat kaikkien saatavilla ja ne on merkitty selkeästi. Lähteet myös kertovat asioista ristiriidattomasti. Tämä todistaa sen, että opinnäytetyömmme aihetta on laajasti tutkittu ja käyttämämme teorialähteet ovat luotettavia.

Olemme hakeneet toiminnalliselle opinnäytetyöllemme tutkimuslupaa Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiriltä, maaliskuussa 2017. Tutkimuslupahakemukseen liitimme mukaan lähes valmiin teoriapohjan. Tutkimuslupa myönnettiin pian, heti saman kuukauden aikana, maaliskuussa 2017.

## 8.2 Opinnäytetyöprosessin ja tuotoksen arviointi

Toiminnallisen opinnäytetyömmme eteneminen on ollut aikataulutettua, mutta melko vapaata. Aloitimme opinnäytetyön tekemisen allekirjoittamalla sopimuspaperit työn tilaajan kanssa marraskuussa 2016. Sovimme yhdessä työn tilaajan kanssa, että opinnäytetyö ja sen tuotos olisivat valmiina viimeistään syksyllä 2017. Tarkkoja päivänmääriä emme sopineet. Syksy 2017 oli takaraja työn valmistumiselle, omaksi tavoitteeksemme otimme saada työ valmiiksi keväällä 2017. Tämän jälkeen aloitimme teoriapohjan keräämisen.

Alkuun hankaluuksia tuotti tiedon rajaaminen. Tietoa on saatavilla paljon, mutta kaikkea ei voi käyttää. Teoriapohjan keräämisessä olemme hyödyntäneet Käypä hoito -suosituksia sekä tutkimuksia ja opinnäytetöitä, joiden lähteistä olemme hakeneet omaa aihettamme koskevia lähteitä. Hakiessamme materiaalia, olemme käyttäneet erilaisia hakuportaaleja, kuten EBSCO ja Pubmed. Olemme harjaantuneet tiedon hakemisessa ja oppineet lukemaan tutkimuksia. Suurin osa tutkimuksista on englannin kielisiä, joten olemme saaneet harjoitusta myös englannin kielestä.

Teoriapohjan kerääminen on syventänyt osaamistamme laskimoiden vajaatoiminnasta, kompressiohoidosta, tukisidoshoidosta sekä potilaan ohjaamisesta ja kirjallisen ohjeen sisällöstä. Teoriapohjan kasaaaminen on ollut ajoittain haasteellista, valtavan tietomäärän vuoksi. Sisällön rajaus on kuitenkin helpottanut, kun aiheeseen on päässyt sisälle enemmän. Olemme haastatelleet opinnäytetyön tilaajaa ja sitä kautta olemme myös saaneet neuvoja teoriapohjan sisältöön. Olemme aktiivisesti hakeneet ohjausta myös opinnäytetyön ohjaavalta opettajalta.

Tehdessämme opinnäytetyön tuotosta, kirjallista potilasohjetta, jouduimme miettimään tekijänoikeusasioita. Potilasohjeesta tehtiin kuvallinen ja tekijänoikeuden vuoksi otimme kirjalliseen ohjeeseen tulleet kuvat itse. Saimme apua kuvien ottamiseen tilaajalta. Otimme ja hyväksyimme kuvat yhdessä. Toimimme itse sekä kuvaajana että kuvattavana. Valmis kirjallinen ohje on liitteenä 1.

Pohja, jolle potilasohje tuli tehdä, oli Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin oma. Tämä tuotti meille hankaluuksia, koska pohjan ohjeistus ei ollut kovin kattava. Potilasohjeen pohja ei myöskään ole tarkoitettu paljon kuvia sisältäväksi ohjeeksi. Jouduimme käyttämään paljon ajateltua kauemmin aikaa saadaksemme kuvat ja tekstit pohjalle tilaajan toivomalla tavalla. Lopulta saimme kuvat ja tekstit liitettyä ja saimme muokattua potilasohjeesta loogisen ja selkeän.

Jouduimme miettimään tarkasti, mitä kuvia kirjalliseen ohjeeseen valitsimme, koska ohjeeseen mahtui vain kahdeksan (8) kuvaa. Olisimme toivoneet, että olisimme voineet havainnollistaa tukisidosten laittamista useammilla kuvilla. Olimme kuitenkin tilaajan kanssa sopineet kirjallisen ohjeen pituudesta ja tahdoimme pysyä sovitussa pituudessa. Kuvien vähentäminen onnistui lopulta hyvin, kun lisäsimme sanallista ohjeistusta hiukan laajemmaksi. Pitäydyimme kuitenkin tilaajan toiveessa, että kirjallinen ohje on lyhyt, helposti luettava ja sisältää vain tarvittavat tiedot tukisidosten laittamisesta.

Teimme kirjallisen ohjeen hyödyntäen teoriapohjaamme. Tekstit kirjallisessa potilasohjeessa ovat suoraan teoriaosuudesta. Teimme kirjallisesta ohjeesta selkeän, se sisältää ainoastaan motivoivan alkutekstin sekä ohjeet tukisidoksien laittamiseksi. Kirjallisen ohjeen loppuun lisäsimme kohdan kehen voi ottaa yhteyttä tarvittaessa. Tämä kohta jää kuitenkin puhelinumeroon kohdalta avoimeksi. Olemme tilaajan kanssa sopineet, että hän lisää potilaskohtaisesti tähän kohtaan tahon, johon potilas voi tarvittaessa ottaa yhteyttä. Tilaaajan nimeä tai numeroa ei kirjalliseen ohjeeseen tule, koska tukisidosten laittaminen ja siinä opastaminen jatkuu haavan hoidon jälkeen usein perusterveydenhuollossa.

Teimme toiminnallisen opinnäytetyömme kirjallisen tuotoksen, eli potilasohjeen tilaajan toiveiden mukaisesti. Näin pystyimme varmistamaan, että kirjallinen potilasohje palvelee työelämää. Työelämän tilaaja arvioi kirjallisen potilasohjeen sisällön, rakenteen sekä käytettävyyden. Saimme tilaajalta ohjeita ja toiveita kirjallisen ohjeen rakenteesta ja sisällöstä. Muokkasimme kirjallista ohjetta saamiemme ohjeiden mukaan. Arviointi tuotoksesta tuli nyt tilaajalta, mutta olisi mielenkiintoista selvittää, mikä hyöty kirjallisesta ohjeesta on ollut potilaille. Tämä voisi olla jatkotutkimusaihe, joka nousee tästä opinnäytetyöstä.

Toiminnallisen opinnäytetyön tekemisen prosessi on ollut mielenkiintoinen. Olemme oppineet teoriassa käsiteltyjen asioiden lisäksi tiedon hakua, tiedon rajausta sekä tiedon luotettavuuden arviointia. Opinnäytetyön prosessi on ollut nelivaiheinen. Ensimmäinen vaihe sisälsi aiheen miettimisen sekä yhteistyötahon löytämisen. Toinen vaihe, eli teoriapohjan etsiminen ja kirjoittaminen alkoivat, kun työelämän tilaajan kanssa oli allekirjoitettu sopimus opinnäytetyön tekemisestä. Kolmanteen vaiheeseen kuului kirjallisen potilasohjeen tekeminen, kerätyn teoriapohjan avulla. Neljäs vaihe sisälsi työn viimeistelyä saadun palautteen pohjalta sekä työn arviointia.

Opinnäytetyön teoriaosuus on kattava ja olemme tyytyväisiä sen sisällön laajuuteen. Saimme tarvittavan teorian kirjattua tiivistetysti ja selkeästi. Teoria etenee loogisesti aiheesta toiseen ja on helppolukuista. Kirjallinen potilasohje perustuu teoriapohjaan, joka on useista luotettavista lähteistä koottua. Näin kirjallisen potilasohjeen sanoman luotettavuus lisääntyy. Kirjalliseen potilasohjeeseen olemme saaneet tarvittavat tiedot muotoiltua potilasta motivoivasti ja olemme tuotokseen todella tyytyväisiä. Opinnäytetyön tekemisen prosessi on ollut pitkä, haastava, mutta myös antanut paljon uutta tietoa ja syventänyt aiempaa osaamistamme.

## LÄHTEET

Alaraajojen laskimovajaatoiminta: Käypä hoito –suositus (2016). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verisuonikirurgisen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Terveysportti. Viitattu 2.1.2017 [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00145&p\\_haku=alaraajan\\_laskimo\\_vajaatoiminta](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00145&p_haku=alaraajan_laskimo_vajaatoiminta)

Ali-Raatikainen, P. & Salanterä, S. (2008). Tutkimuspotilaiden käsityksiä kirjallisista potilasohjeista. Teoksessa L., Montin (Toim.) *Potilasohjauksen lähtökohdat*. Turun yliopisto. Turku: Uniprint, 63-76.

Cetin, C., Serbest, M., Ercan, S., Yavuz, T. & Erdogan, A. (2016). An evaluation of the lower extremity muscle strength of patients with a chronic venous insufficiency. *Phlebology*. 31/2016, 203-208.

Dissemond, J., Assenheimer, B., Bültemann, A., Gerber, V., Gretener, S., Kohler-von Siebenthal, E., Koller, S., Kröger, K., Kurz, P., Läuchli, S., Münter, C., Panfil, E.-M., Probst, S., Protz, K., Riepe, G., Strohal, R., Traber, J. & Partsch, H. (2016). Compression therapy in patients with venous leg ulcers. *Journal of the German society dermatology*. 11/2016, 1072-1087. Viitattu 28.2.2017 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ddg.13091/full>

Eloranta, T. & Virkki, S. (2011). *Ohjaus hoitotyössä*. Helsinki: Tammi.

Halmesmäki, K., Eskelinen, E., Isoherranen, K. & Saarinen, J. (2017). Lasikimoaavat ja niiden hoito. *Lääkärilehti* 2017 (8), 498-504.

Heikkinen, H., L., T. (2015). Toimintatutkimus: Kun käytäntö ja tutkimus kohtaavat. Teoksessa R., Valli & J., Aaltola (Toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1*. 4. painos. Jyväskylä: PS-kustannus, 204-219.

Hietanen, H., (2016). Alaraajaturvotuksen kompressiohoito. Viitattu 11.1.2017 [http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk04634&p\\_haku=Alaraajaturvotuksen\\_kompressiohoito](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk04634&p_haku=Alaraajaturvotuksen_kompressiohoito)

Hurre, T. (2014). Hoitohenkilökunnan arviot potilasohjaustaidoistaan ja ohjausmenetelmien hallinnasta –kehittämishanke KYSin ja Kysterin potilasohjausosaamisen vahvistamiseksi. Pro gradu -tutkielma. Hoitotiede. Terveystieteiden opettajankoulutus. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 26.2.2017 [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20141228/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20141228.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20141228/urn_nbn_fi_uef-20141228.pdf)

Iso-Herranen, K., Koskenmies, S. & Heikkilä, H. (2013). Alaraajaturvotus ja iho-ongelmat. Viitattu 1.3.2017

[http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo11195&p\\_haku=Alaraajaturvotus ja iho-ongelmat](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo11195&p_haku=Alaraajaturvotus_ja_iho-ongelmat)

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2013). *Tutkimus hoitotieteessä*. 3. painos. Helsinki: SanomaPro Oy.

Kauppinen, A. (2014). Alaraajojen laskimoiden vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjaus. Viitattu 28.2.2017 [http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk00524&p\\_haku=Alaraajojen laskimoiden vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjaus](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk00524&p_haku=Alaraajojen_laskimoiden_vajaatoimintaa_sairastavan_potilaan_ohjaus)

Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus (2014). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriyhdistys Duodecim. Terveysportti. Viitattu 2.1.2017

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus;jsessionid=B21F8B2729DE0DB992D6CA586B469EE1?id=hoi50058>

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, E., Hirvonen, E. & Renfors, T. (2007). *Ohjaaminen hoitotyössä*. 1. painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit oy.

Käypä Hoito- kuvat. (2007). Tukisidoksen laittaminen. Suomalainen lääkäriyhdistys Duodecim. Viitattu 11.1.2017.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=imk00214>

Kääriäinen, M. (2010). Laadukkaan potilasohjauksen tunnusmerkit. Teoksessa A. Jauhiainen (toim.) *Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen*. 1. painos. Kuopio: Savonia-ammattikorkeakoulu, 26-32.

Kääriäinen, M. (2011). Asiakkaan oppiminen ja motivaatio ohjauksessa. *Tutkiva hoitotyö* 2011 (4), 41-42.

Lim, C., S. & Davies, A., H. (2014). Craduated compression stockings. *Canadian medical association journal* 8/2014, 391-398. Saatavissa PubMed tietokannasta. Viitattu 3.3.2017

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4081237/>

Lipponen, K. (2014) *Potilasohjauksen toimintaedellytykset*. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 1236. Viitattu 8.2.2017 <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>

Lipponen, K., Kanste, O., Kyngäs, H. & Ukkola, L. (2008). Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2/2008, 121-135. Viitattu 23.2.2017

<http://journal.fi/sla/article/view/597>

Mahoney, K. (2016). A simple and effective solution to preventing recurrent venous leg ulcers. *Journal of community nursing* 2016, vol 30 No 4, 24-28. Saatavissa EBSCOhost. Viitattu 3.3.2017 <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=2280f89d-c7e5-48d2-a74e-694a8aa7a0f7%40sessionmgr104>

Männikkö, P. (2014). Parempaa potilasohjausta. *Tesso Sosiaali- ja terveyspoliittinen aikakauslehti*. Viitattu 6.2.2017 <https://tesso.fi/artikkeli/parempaa-potilasohjausta>

Saarelma, O. (2016). Turvotus. Viitattu 28.12.2016 [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00338](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00338)

Saarikoski, R., Stolt, M. & Liukkonen, I. (2012). Alaraajaturvotuksen syyt, ehkäisy ja tunnistaminen. Viitattu 28.12.2016 [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=jal00127&p\\_hakusana=alaraajaturvotuksen\\_syyt](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=jal00127&p_hakusana=alaraajaturvotuksen_syyt)

Salonen, K., (2013). Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön, opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Viitattu 27.2.2017 <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

Sarajärvi, A., Mattila, L.-R. & Rekola, L. (2011). *Näyttöön perustuva toiminta*. 1.painos. Helsinki: WSOYpro oy.

Satakunnan sairaanhoitopiiri (2016a). Vähäelastinen tukisidos. Viitattu 18.1.2017 <https://hoito-ohjeet.fi/OhjepankkiSATSHP/V%C3%A4h%C3%A4elastinen%20tukisidonta.pdf>

Satakunnan sairaanhoitopiiri (2016b). Keski- ja runsaselastinen tukisidonta. Viitattu 18.1.2017 <https://hoito-ohjeet.fi/OhjepankkiSATSHP/Keski-%20ja%20run-saselastinen%20tukisidonta.pdf>

Suhonen R., (2005) Staasiekseema sääressä. Kuvatietokanta. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ima01750&p\\_haku=Staaiekseema\\_sääressä](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ima01750&p_haku=Staaiekseema_sääressä)

Suomen Haavahoitoyhdistys ry. (n.d.). Vähäelastisen tukisidoksen sitomisohe. Viitattu 24.1.2017 [http://www.shhy.fi/site/assets/files/1041/vahaelastisen\\_tukisidoksen\\_sitomisohe\\_pdf.pdf](http://www.shhy.fi/site/assets/files/1041/vahaelastisen_tukisidoksen_sitomisohe_pdf.pdf)

Stolt, M., Flin, A., Saarikoski, R. & Väyrynen, P. (2017). *Jalkaterveys*. Helsinki: Duodecim.

Terveyskirjasto (2016). Jalkojen turvotus. *Lääkärin käsikirja*. Viitattu 2.1.2017

[http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artik-keli=ykt00142&p\\_haku=jalkojen\\_turvotus](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artik-keli=ykt00142&p_haku=jalkojen_turvotus)

Todd, M. (2011). Compression bandaging: types and skills used in practical application. *British Journal on nursing*. 6/7/2011, 681-687. Saatavissa EBSCOhost. Viitattu 3.3. 2017

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=17&sid=ff9ff531-c9ba-4f6e-901c-bca4f6920b7c%40session-mgr104&bdata=JnN-pdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=104656441&db=c8h>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (n.d.). Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 7.3.2017 <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Vikatmaa, P. (2012). Verenkiertoperäinen alaraajahaava. Teoksessa V., Juutilainen & H., Hietanen (Toim.) *Haavahoidon periaatteet*. 1. painos. Helsinki: SanomaPro Oy, 266–299.

Viljamaa, J. (2014). Laskimovajaatoimintaan liittyvä CEAP-luokitus. Viitattu 27.2.2017

[http://www.ebm-guidelines.com/dtk/hpt/avaa?p\\_artikkeli=nix02029](http://www.ebm-guidelines.com/dtk/hpt/avaa?p_artikkeli=nix02029)

Wounds international (2013). Principles of compression in venous disease: a practitioner's guide to treatment and prevention of venous leg ulcers. Viitattu 26.2.2017

[http://www.woundsinternational.com/media/issues/672/files/content\\_10802.pdf](http://www.woundsinternational.com/media/issues/672/files/content_10802.pdf)

Venermo, M. (2016). *Alaraajan laskimoiden vajaatoiminta*. Lääkärin käsikirja. Terveysportti. Viitattu 2.1.2017:

[http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artik-keli=ykt00145&p\\_haku=alaraajan\\_laskimo\\_vajaatoiminta](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artik-keli=ykt00145&p_haku=alaraajan_laskimo_vajaatoiminta)

## HAASTATTELUT

Harri, L. (2017). Haavahoitaja, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Asiantuntijahaastattelu. 22.3.2017. Haastattelijoina Suvi Koski & Heidi Nurminen.

## KIRJALLINEN POTILASOHJE



|

## Tukisidoshoito

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin ky. • 13530 Hämeenlinna • Puh. 03 6291

Hämeenlinnan yksikkö  
Ahvenistontie 20  
13530 HÄMEENLINNA  
vaihde 03 6291

Riihimäen yksikkö  
Kontiontie 77, 11120 RIIHIMÄKI  
PL 140, 11101 RIIHIMÄKI  
vaihde 019 744 51

*Sinua kuunnellen.....*



[www.khshp.fi](http://www.khshp.fi)



### Tukisidoshoidon hyödyt

**Tukisidoshoido parantaa alaraajojen veren virtausta. Se nopeuttaa alaraajahaavojen paranemista ja ennaltaehkäisee uusien haavojen syntymistä. Sidoksen avulla kipu ja turvotus alaraajoissa helpottuu. Tukisidoshoidon hyödyt saadaan aikaan vain toteuttamalla hoitoa säännöllisesti ja pitkäjänteisesti.**

### Tukisidosten laittaminen

**Tukisidokset laitetaan aamuisin ennen vuoteesta nousemista. Sidokset voi poistaa illalla ennen vuoteeseen menoa, tai ne voivat olla paikoillaan niin kauan, kun napakasti pysyvät. Yhden jalan sidontaan tarvitset kaksi vähäelastista sidettä, sekä teippiä ja halutessasi putkisukan.**



Aloita sitominen ulkoreunasta, varpaiden tyvestä. Voit halutessasi laittaa sidoksen alle putkisukan.

Nilkan tulee olla 90 asteen kulmassa sidottaessa. Sido side ensin jalkapöydän ympäri.

## KIRJALLINEN OHJE

3

KHKS nro XXXX.kk.yy



Sido kantapää piiloon. Siteen reunat jäävät vielä löysälle, ne jäävät seuraavien kierrosten alle.



Kierrä sidos jalkapöydän yli ja palaa nilkan takaa jalkapöydän päälle, siteen löysät reunat jäävät uuden kierroksen alle.



Sido vielä jalkapöydän ympäri, jolloin sidos on tukevasti ja riittävän tiukalla.



Jatka sidontaa säärtä myötäillen polven alapuolelle.

## KIRJALLINEN OHJE

4



Kiinnitä ensimmäinen sidos teipeillä siihen, mihin sidos loppuu. Aloita uusi sidos nilkan ulkosyrjästä. Sido ylöspäin, kuten alempi sidos.

Kiinnitä päällimmäinen sidos teipeillä. Pidä sidosta koko päivä. Sidoksen kanssa voit liikkua normaalisti.

Pyri käyttämään kaikki sidos ylöspäin sitoessa, jos sidosta kuitenkin jää, ei sidontaa tarvitse aloittaa alusta. Ylijäänyt sidos voidaan kiertää polvesta alaspäin, mutta löysemmin, jotta puristusta ei tule väärään suuntaan.

Sidokset voi pestä 90 asteessa ilman huuhteluainetta. Sidokset ovat vähäelastiset, eli ne joustavat vain vähän. Jousto häviää sidoksista ajan myötä. Vaihda sidokset uusiin, kun jousto sidoksista vähenee.

Tarvittaessa voitte ottaa yhteyttä \_\_\_\_\_

Laatija  
Hyväksyjä

Nimi  
Nimi

Pvm  
Pvm