



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

LAPSEN KAMPURAJALAN HOITO PONSETI-MENETEL- MÄLLÄ

Ohje Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenkirurgian
poliklinikan vanhemmille

TEKIJÄ/T: Ilona Pylsy
Senja Tavi

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Pylsy Ilona, Tavi Senja	
Työn nimi Lapsen kumpurajalan hoito Ponseti-menetelmällä - Ohje Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenkirurgian poliklinikan vanhemmille	
Päiväys	24.10.2017
Sivumäärä/Liitteet	41/1
Ohjaaja(t) Rissanen Marja-Liisa	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion yliopistollinen sairaala, Lastenkirurgian poliklinikka	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tämän opinnäytetyön aiheena oli lapsen kumpurajalan hoito Ponseti-menetelmällä. Kumpurajalka on yleisimpiä jalan synnynnäisistä epämuodostumista. Kumpurajalassa jalkaterä on alaspäin osoittavassa ja sisäänpäin kääntyvässä asennossa. Epämuodostuma vaikuttaa moniin jalan luihin, jänteisiin ja nivelsiteisiin. Tarkkaa aiheuttajaa ei tunneta, mutta perinnöllisyydellä ja ympäristötekijöillä on todettu olevan yhteyttä kumpurajalan kehittymiseen.</p> <p>Nykyään kumpurajalan ensisijainen hoitomenetelmä on Ponseti-menetelmä. Ponseti-menetelmä koostuu toistokipsauksesta, tarvittaessa tenotomiasta eli akillesjänteen katkaisusta ja tankokenkähoidosta. Menetelmän tarkoituksena on manipuloida eli venyttää asteittain jalkaterän asentoa ulospäin jalan normaalin liikeradan sallimiseksi. Epämuodostuman hoitaminen antaa mahdollisuuden normaaliin elämään sekä tekee jalkaterästä vahvan, joustavan ja kivuttoman. Hoito aloitetaan mahdollisimman pian lapsen syntymästä ja tankokenkien käyttö lopetetaan noin neljän vuoden ikään mennessä. Vanhempien vakuuttaminen hyväksymään pitkäaikainen hoito auttaa ylläpitämään kumpurajalan korjaantumista.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä. Opinnäytetyön tilaajana toimi Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenkirurgian poliklinikka. Kehittämistyön tarkoituksena oli tehdä kumpurajalkaisen lapsen Ponseti-menetelmällä toteutettavaan hoitoon selkeä ja ymmärrettävä näyttöön perustuva ohje vanhemmille. Ohjeen tavoitteena oli antaa riittävästi tietoa vanhemmille Ponseti-hoidosta, tukea hoitoon sitoutumista ja arjessa selviytymistä.</p> <p>Ohje tehtiin vihkomalliseksi ja se sisältää tietoa vanhempien tarpeita mukaillen Ponseti-hoidon eri vaiheista hoidon etenemisjärjestyksessä. Ohjeen sisältämien käytännönläheisten neuvosten tarkoituksena oli tukea perhettä arjessa selviytymisessä. Ohjeessa korostettiin vanhempien roolin merkitystä ja tärkeyttä lapsen kumpurajalan hoidon toteuttamisessa ja tavoiteltujen hoitotulosten saavuttamisessa.</p> <p>Jatkokehittämisehdotuksena olisi mielenkiintoista selvittää, onko tehty ohje tukenut onnistuneesti vanhempien ymmärrystä lapsen kumpurajalan hoidosta sekä tukenut arjessa selviytymisessä. Myös suomenkielinen videomateriaali saattaisi tukea vanhempien hoitoon sitoutumista ja ymmärrystä hoidosta. Kasvavalle lapselle voisi kehittää kuvakirjan, sadun tai runon kuvaamaan kumpurajalan hoitoa lapselle soveltuvalla tavalla.</p>	
Avainsanat Kumpurajalka, Ponseti-menetelmä, Kehittämistyö, Ohje, Vanhemmat	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing Degree Programme of Public Health Nurse			
Author(s) Pylsy Ilona, Tavi Senja			
Title of Thesis Treatment of child's clubfoot using the Ponseti method - A guide for parents of Kuopio University Hospital's pediatric surgery outpatient clinic			
Date	24.10.2017	Pages/Appendices	41/1
Supervisor(s) Rissanen Marja-Liisa			
Client Organisation /Partners Kuopio University Hospital, Pediatric surgery outpatient clinic			
<p>Abstract</p> <p>The subject of the thesis was treatment of a child's clubfoot using the Ponseti method. Clubfoot is one of the most common congenital deformities of the foot. The position of the foot is pointing downwards and inwards. The deformity affects many bones, muscles, tendons and ligaments of the foot. The exact cause for the development of clubfoot remains unknown, but it is believed to be hereditary and moreover, extrinsic factors are involved.</p> <p>At present the primary management of clubfoot is the Ponseti method. The Ponseti method includes serial casting, achilles tenotomy if necessary and using a foot abduction brace. The Ponseti method includes manipulation to stretch the position of the foot step by step to enable normal foot movement. Treating the deformity makes normal life possible and achieves a strong, flexible and painless foot. The treatment starts as soon as possible after the child has been born and the child stops wearing the abduction brace by four years of age. Convincing the parents to accept long term treatment aids in maintaining the correction of clubfoot.</p> <p>The thesis was carried out as a development work. The client organization of the thesis was the pediatric surgery outpatient clinic of Kuopio University Hospital. The purpose of the development work was to create a clear and comprehensible proof based guide for parents about the treatment of a child's clubfoot using the Ponseti method. The aim of the guide was to provide sufficient information for parents about the Ponseti method, endorse commitment to treatment and coping with everyday life.</p> <p>The guide was made to the form of a notebook and it contains information adapting to the needs of parents. The information was provided of different stages of treatment using Ponseti method in treatment's correct execution sequence. The purpose of pragmatic advice in the guide was to support family in coping with their everyday life. The guide emphasized the significance and importance of parents' role in executing the treatment of a child's clubfoot and achieving the sought treatment outcome.</p> <p>As a further development proposal it would be interesting to find out if the guide has successfully supported parents' understanding of the treatment of a child's clubfoot and endorsed coping with everyday life. Also video material in Finnish might endorse the parents' understanding and commitment to the treatment. A picture book, a fairytale or a poem could be developed for a growing child to demonstrate the treatment of clubfoot in a way that's suitable for a child.</p>			
Keywords Clubfoot, Ponseti method, Development work, Guide, Parents			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	KAMPURAJALKA JA SEN ERI TYYPIT	7
3	KAMPURAJALAN HOITO PONSETI-MENETELMÄLLÄ	10
3.1	Kampurajalan diagnosointi, hoidon tavoitteet ja arviointi	10
3.2	Toistokipsaus.....	11
3.3	Tenotomia.....	13
3.4	Tankokenkähoito	13
4	ARJESSA SELVIYTYMINEN HOIDON AIKANA.....	16
4.1	Kipsihoidossa huomioitavia asioita.....	17
4.2	Tankokenkähoidossa huomioitavia asioita.....	18
5	OHJEEN TOTEUTTAMINEN	20
5.1	Hyvän potilasohjeen tunnusmerkit	20
5.2	Ohjeen tilaaja ja kohderyhmä	21
6	OPINNÄYTETYÖNÄ KEHITTÄMISTYÖ	22
6.1	Kehittämistyön vaiheet konstruktivisen mallin mukaan.....	22
6.2	Kehittämistyön tarkoitus ja tavoite	23
6.3	Opinnäytetyön aikataulu.....	23
6.4	Kehittämistyön vaiheiden mukainen opinnäytetyön kulku.....	24
7	POHDINTA.....	26
7.1	Oma ammatillinen kasvu ja kehittyminen.....	26
7.2	Kehittämistyön arviointi	27
7.3	Ohjeen arviointi	27
7.4	Eettisyys ja luotettavuus.....	28
7.5	Jatkokehittämisehdotuksia.....	29
	LÄHTEET	31
	LIITE 1: OHJE: LAPSEN KAMPURAJALAN HOITO PONSETI-MENETELMÄLLÄ	34

1 JOHDANTO

Kampurajalka, jota kutsutaan myös nimillä talipes equinovarus (TEV) tai synnynnäinen talipes equinovarus (CTEV), on jalkaterän synnynnäinen epämuodostuma (Miller 2012, 1). Kampurajalka on lapsilla yleisimpiä jalan synnynnäisistä epämuodostumista esiintyvyyden ollessa noin yhdellä tuhannesta syntyneestä lapsesta. Vuosittain Suomessa syntyy noin 60–70 kampurajalkaista lasta. (SKYRY s.a.) Epämuodostuma kehittyy ennen lapsen syntymää ja voi olla havaittavissa ultraäänessä jo sikiönkehityksen aikana (Miller 2012, 1). Tarkkaa syytä kampurajalan kehittymiselle ei tunneta (Lohan 2011, 3). Perinnöllisyydellä on kuitenkin todettu olevan yhteyttä kampurajalan syntyyn (SKYRY s.a.). Myös ympäristötekijöillä uskotaan olevan vaikutusta (Lohan 2011, 3). Kampurajalka on kallistuneena sivusuunnassa ja kääntyneenä sisänpäin, jolloin kantapää jää korkeaan asentoon. Kampurajalalla on vaikutusta moniin jalan luihin, jänteisiin ja nivelsiteisiin. (Miller 2012, 1.) Epämuodostuma voidaan eritellä neljään eri tyyppiin: positionaaliseen, idiopaattiseen, syndroomiseen ja teratologiseen kampurajalkaan (SKYRY s.a.). Kampurajalan hoidon vaikeusaste vaihtelee tyyppin ja taustalla olevien sairauksien mukaan (Staheli 2009, 8). Hoitamatta jätetyssä kampurajalassa jalkaterä jää epänormaaliin asentoon (Miller 2012, 1).

Ponseti-menetelmä toimii nykyään ensisijaisena kampurajalan hoitomenetelmänä suurimmassa osassa maailmaa (Besselaar ym. 2017, 305). Ponseti-menetelmän on kehittänyt Ignacio Ponseti 1960-luvulla Iowan yliopistossa Yhdysvalloissa (Global Clubfoot Initiative s.a.). Menetelmällä jalkaterän asento korjataan ensin jalkaterää manipuloimalla eli venyttämällä ja kipsaamalla, minkä jälkeen aloitetaan tankokenkähoito (Miller 2012, 1). Tenotomia eli akillesjänteen katkaisu tehdään tarvittaessa (SKYRY s.a.). Kampurajalan hoidon tavoitteena on korjata kaikki kampurajalan epämuodostuman tekijät toimivan, joustavan, kivuttoman ja normaalin näköisen jalan saavuttamiseksi (Lohan 2011, 4; Noh ja Park 2013, 213). Hoito Ponseti-menetelmällä aloitetaan mahdollisimman pian lapsen syntymän jälkeen (Lohan 2011, 4; Noh ja Park 2013, 213). Tankokenkien käyttö lopetetaan noin neljän vuoden ikään mennessä (O'Shea ja Sabatini 2016). Vanhempien vakuuttaminen hyväksymään pitkäaikainen hoito auttaa ylläpitämään kampurajalan korjaantumista pidemmällä aikavälillä (Pulak ja Swamy 2012). Vanhempien rooli kampurajalan hoidossa on tärkeä (Lohan 2011, 42, 45).

Opinnäytetyö toteutetaan työelämälähtöisenä kehittämistyönä. Opinnäytetyön tilaajana toimii Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenkirurgian poliklinikka. KYSin lastenkirurgian poliklinikka on osa organisaation tarjoamia kliinisiä hoitopalveluita kuuluu lasten ja nuorten klinikkaan. Lasten ja nuorten klinikan tavoitteena on tarjota potilaille laadukasta hoitoa huomioiden lapsipotilaiden ja perheiden erityistarpeet (KYS 2013). Opinnäytetyön kohderyhmänä ovat kampurajalkaisen lapsen vanhemmat, jotka hyötyvät kirjallisesta ohjausmateriaalista poliklinikalla saamansa suullisen hoidon ohjauksen tukena.

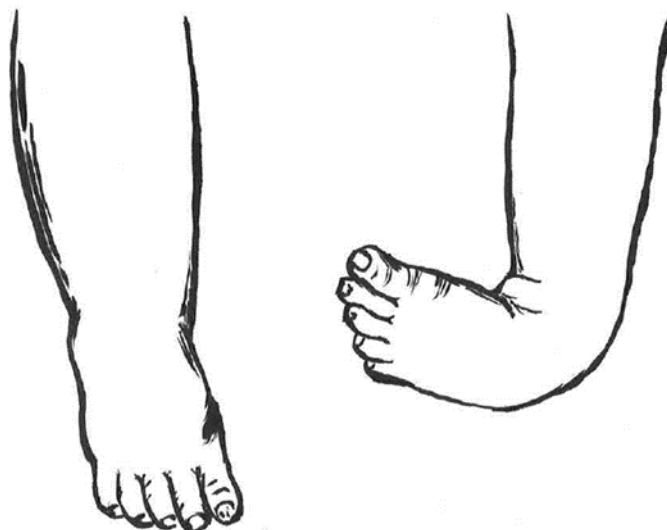
Tarkoituksenamme on tehdä kampurajalkaisen lapsen Ponseti-menetelmällä tapahtuvaan hoitoon selkeä ja ymmärrettävä näyttöön perustuva ohje vanhemmille. Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttaa näyttöön perustuvan eli parhaan saatavilla olevan ajantasaisen tutkimustiedon harkittu käyttö

(Hotus 2016). Opinnäytetyön pohjalta tuotetun ohjeen tavoitteena on, että ohje antaa riittävästi tietoa vanhemmille Ponseti-hoidosta sekä tukee hoitoon sitoutumista ja arjessa selviytymistä. Ohjetta voidaan käyttää myös lastenkirurgian poliklinikalla suullista ohjausta tukevana materiaalina, koska ohjauksen keskeinen tavoite on auttaa potilaan hoidossa ja arjessa selviytymisessä (Heikkinen, Torkkola ja Tiainen 2002, 23–25). Tiedonsaanti ymmärrettävässä muodossa mahdollistaa asiakkaan osallistumisen hoitoon liittyvään päätöksentekoon, edistää valmiuksia hoidon toteuttamiseen ja valmistaa tuleviin tilanteisiin (Heikkinen ym. 2002, 23–25). Tavoitteenamme on ammatillinen kehittyminen ja kasvu opinnäytetyön tekemiseen sitoutumisen myötä. Tavoitteenamme on kehittää tietämystämme kumpurajalkaisen lapsen ja perheen kohtaamisesta, hoidosta ja pitkäaikaista sairautta sairastavan lapsen ja perheen tukemisesta. Keräämme ohjeeseen tarvittavan tiedon opinnäytetyön teoriaosuudesta.

2 KAMPURAJALKA JA SEN ERI TYYPIT

Kampurajalka (lat. talipes equinovarus, congenital talipes equinovarus) on lapsilla yleisimpiä jalan synnynnäisiä epämuodostumia, jossa jalka on rakenteellisesti kehittynyt poikkeavaksi. Esiintyvyys on noin yhdellä tuhannesta syntyneestä lapsesta. (SKYRY s.a.; Tays 215; Lohan 2011, 3.) Suomessa syntyy joka vuosi noin 60–70 kampurajalkaista lasta ja epämuodostuma on yleisempi pojilla tyttöihin verrattuna (SKYRYs.a.). Kampurajalkaisuus voi olla molemminpuolista tai ainoastaan toisessa jalassa (Lohan 2011, 3). Noin puolella lapsista kampurajalka on molemmissa jaloissa (SKYRY s.a.; O'Shea ja Sabatini 2016). Epämuodostuman aiheuttajat eivät korjaannu kasvun myötä itsestään (Besselaar ym. 2017, 305). Kampurajalan hoitamatta jättämisestä seuraa vakavia vammauttavia vaikutuksia lapsen liikuntakykyyn ja elämänlaatuun (O'Shea ja Sabatini 2016). Epämuodostuman hoitaminen antaa mahdollisuuden normaaliin elämään sekä tekee jalkaterästä vahvan, joustavan ja kivuttoman (Staheli 2009, 7).

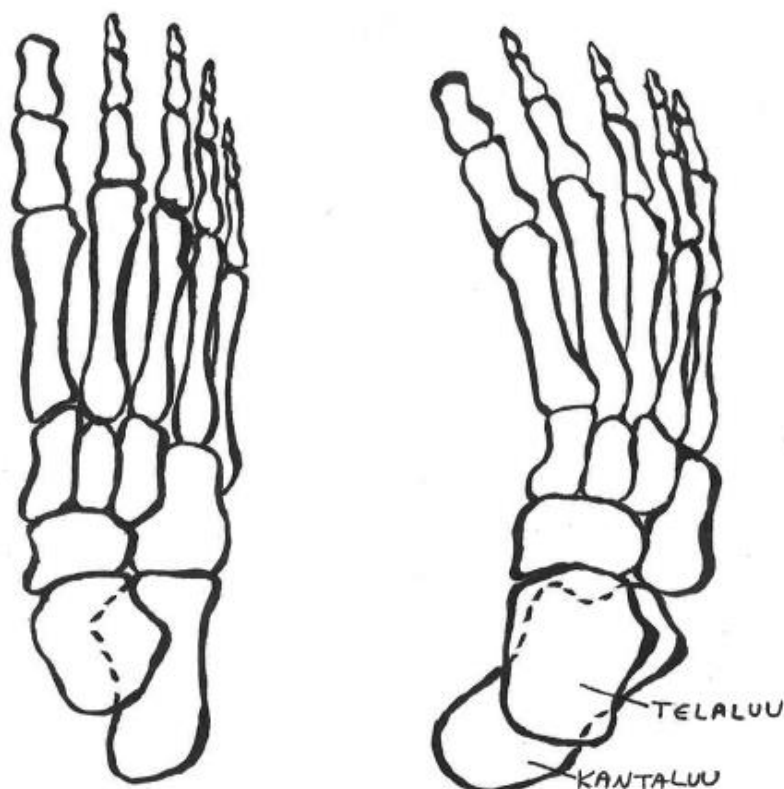
Vastasyntyneellä jalkaterän luut ovat vielä suurelta osin rustoiset. Luutumisen tapahtuu tietyn kehitysaikataulun mukaisesti ja joidenkin luiden luutumisen jatkuu vielä vuosia jalkaterien pituuskasvun päättymisen jälkeen. Esimerkiksi kantaluun luutumisen alkaa jo 5.–6. raskauskuukaudella ja jatkuu aina 17–20 ikävuoteen asti. Luiden alut ovat kehittyessään alttiita muotoutumiselle. Kudokset vahvistuvat asteittain lapsen noustessa pystyasentoon. Lapsen jalkaterän kasvaminen tapahtuu sykäyksittäin ollen nopeimmillaan 1–3 vuoden iässä. Jalkaterän rakenteita ja toimintoja korjaavat hoidot ovat tehokkaampia lapsuudessa. (Duodecim 2016.) Kampurajalan hoito aloitetaan mahdollisimman pian lapsen syntymän jälkeen (Lohan 2011, 4; Noh ja Park 2013, 213).



KUVA 1. Vasemmalla puolella normaali jalka ja oikealla kampurajalka (Pylsy 2017.)

Kampurajalassa on neljä rakenteellista epämuodostuman aiheuttajaa: ekvinus, cavus, varus ja adduktio (Staheli 2009, 4; Lohan 2011, 3; O'Shea ja Sabatini 2016; Besselaar ym. 2017, 305). Jalkaterän etuosa on sisäänpäin kääntyvä eli adduktiossa jalkapohjan osoittaessa normaalista poikkeavasti enemmän mediaaliseen eli keskiviivan suuntaan (SKYRY s.a.). Sisäänpäin kallistunut nilkka

aiheuttaa sen, että jalkapohjanpuoleinen jalkaholvi on normaalia korkeakaarisempi eli cavuksessa (Staheli 2009, 2). Kantapää on tavallisesta poiketen korkeammalla eli ekvinkuksessa ja sisempänä eli varuksessa (SKYRY s.a.). Ekvinkuksessa oleva nilkka estää jalan dorsifleksiota, mikä tarkoittaa jalkaterän taipumista ylöspäin eli jalkaterän yläkoukistusta (Miller 2012, 18–19). Jalkaterän alaspäin osoittavan ja sisäänpäin kääntyvän asennon aiheuttavat jalan taka- ja sisäosien paksut ja kireät jänneet ja nivelsiteet sekä tavallista lyhyemmiksi ja pienemmiksi kehittyneet lihakset (Lohan 2011, 44). Akillesjänne on kumpurajalassa erittäin kireä (Pohjolainen ja Mäenpää 2015, 210). Kumpurajalka-asennon seurauksena jalkaterän luiden sijainnit ja asennot sekä nilkkaluiden liitokset ovat poikkeavat (Staheli 2009, 2; Lohan 2011, 44). Telaluu on epämuodostunut ja jalan asento kiertyy telaluun pään ympäri. Veneluu on siirtyneenä lähemmäksi jalan keskiviivaa (Staheli 2009, 2). Kumpurajalassa kaikki jalkaterän luut ovat olemassa ja siirrettävissä alkujäykkyyydestä huolimatta (Tays 2015). Jalka on tyypillisesti jäykkä ja lapsi ei itse kykene muuttamaan sen asentoa normaaliksi (Lohan 2011, 44). Jalka on rajoittunut liikkuvuudeltaan ja jalkaterä voi olla rakenteellisesti tavallista pienempi. Myös jalan verisuonisto sekä jalan liikettä ja tuntoa kontrolloivat hermot saattavat olla epänormaalisti kehittyneet. (SKYRY s.a.) Kumpurajalka voi aiheuttaa jalkapohjaan kovettumia, vasaravarpaita ja isovarpaan alaspäin koukistumista. Kireä akillesjänne saattaa aiheuttaa jännetulehduksia erityisesti pitkittyneessä rasituksessa. (Pohjolainen ym. 2015, 210–211.)



KUVA 2. Vasemmalla puolella normaalin jalkaterän luiset rakenteet ja oikealla kumpurajalka (Pylsy 2017.)

Sikiön raajojen kehittyminen tapahtuu 4–16 raskausviikon välillä (Werler ym. 2015, 4). Kumpurajalan ajatellaan kehittyvän noin 10–12 raskausviikolla (SKYRY s.a.). Normaalisti kehittyvä jalka muun-

tuu kampura-asentoon toisen raskauskolmanneksen aikana. Kampurajalka on kuitenkin harvoin havaittavissa ultraäänitutkimuksissa ennen 16. raskausviikkoa. (Staheli 2009, 4.) Perinnöllisyydellä on todettu olevan yhteyttä kampurajalan kehittymiseen (SKYRY s.a.). Tarkkaa syytä epämuodostuman kehittymiselle ei kuitenkaan tiedetä. Todennäköisyys epämuodostuman periytymiseen vanhemmalta lapselle on noin 3–4 prosenttia, jos toisella vanhemmista on ollut kampurajalka. Periytymisen todennäköisyys lapselle on noin 15 prosenttia, jos molemmilla vanhemmista on ollut kampurajalka. (Lohan 2011, 3.)

Perinnöllisyys ei ole ainoa selitys kampurajalan muodostumiselle (SKYRY s.a.). Ympäristötekijöillä uskotaan olevan vaikutusta epämuodostuman kehittymiseen. Fibroosi eli sidekudoksen patologinen lisääntyminen vaikuttaa olevan sen tärkein aiheuttaja. (Lohan 2011, 3.) Telaluun kehityshäiriötä, lihasten ja hermoston poikkeavaa kehitystä ja joskus esiintyviä ylilukuisia lihaksia on ehdotettu kampurajalan taustasyiksi (SKYRY s.a.). Werler ym. (2015) osoittivat tutkimuksessaan selviä todisteita äidin raskauden alkuvaiheessa tapahtuvan tupakoinnin lisäävän riskiä lapsen kampurajalkaisuuteen. Riskiä lisää erityisesti äidin tupakointi ennen raskaaksi tulemistä. Tutkimuksissa todettiin, että kampuran muodostumiseen on 40 prosentin lisääntynyt riski äideillä, jotka lopettivat tupakoimisen juuri kuukausi kuukautisten poisjäämisen jälkeen. Tupakoinnin jatkuessa seuraavat kolme kuukautta riski epämuodostuman kehittymiselle kasvoi enemmän kuin kaksinkertaiseksi. Raskauden alkuvaiheessa alkoholin ja kahvin juominen saattaa lisätä riskiä epämuodostuman kehitymiselle, mutta selkeää yhteyttä lisääntyneeseen riskiin ei todettu tutkimuksessa. Savukkeet, alkoholinkäyttö ja kahvin kulutus saattavat vaikuttaa jalkaterän kehitykseen vaskulaaristen häiriöiden kautta. (Werler ym. 2015, 3–8.)

Kampurajalka voidaan jakaa neljään eri tyyppiin: idiopaattiseen, positionaaliseen, syndroomiseen ja teratologiseen kampurajalkaan (SKYRY s.a.). Kampurajalan hoidon vaikeusaste vaihtelee tyyppin ja taustalla olevien sairauksien mukaan (Staheli 2009, 8). Idiopaattisen eli synnynnäisen kampurajalan aiheuttaja on tuntematon, eikä siihen ole liitettävissä muita sairauksia. Idiopaattisessa kampurajalassa jalkaan liittyy muun muassa epänormaalia luiden muotoutumista ja noin 85 prosenttia tapauksista kuuluu tähän ryhmään. (SKYRY s.a.). Ennusteet idiopaattisen hoidon onnistumisesta ovat hyvät ja epämuodostuman korjaamiseen tarvitaan yleensä keskimäärin viisi toistokipsausta (Staheli 2009, 8; Miller 2012, 4; SKYRY s.a.).

Positionaalisessa eli posturaalisessa kampurajalassa epämuodostuma on joustava ja asennon aiheuttama (Staheli 2009, 8). Positionaalisen kampurajalka on yleensä seurausta asentovirheestä ja kohdan sisäisestä tilanahtaudesta. Jalka on kuitenkin rakenteellisesti normaali. Positionaalinen kampura hoidetaan manipulaatiolla tai lyhytaikaisella toistokipsauksella. (SKYRY s.a.) Syndroomiseen eli neurogeeniseen kampurajalkaan liittyvät muut synnynnäiset poikkeavuudet, joissa kampurajalka on osana syndroomaa. Ponseti-menetelmä on hoitomenetelmänä myös syndroomiseen kampurajalkaan, mutta hoito on vaikeampaa ja hoidon tulokset saattavat olla riippuvaisia taustalla olevista poikkeavuuksista. (Staheli 2009, 8.) Syndroomisen kampurajalan taustalla voivat olla esimerkiksi olla niveljäykistymäsairaus (artrogrypoosi), amnion kurouma (ABS) tai CP-vamma (Miller 2012, 4; SKYRY s.a.). Teratologinen eli epämuodostumainen kampurajalka liittyy osana neurologisiin häiriöihin, kuten selkärankahalkioon (SKYRY s.a.).

3 KAMPURAJALAN HOITO PONSETI-MENETELMÄLLÄ

Kampurajalan hoitomenetelmän valintaan vaikuttavat jalka, paikkakunta ja hoitava taho (SKYRY s.a.). Huttusen (2016-11-03) mukaan Suomen yliopistollisissa sairaaloissa hoitoa toteutetaan Ponseti-menetelmällä. Ponseti-menetelmän on kehittänyt 1960-luvulla Ignacio Ponseti Iowan yliopistossa Yhdysvalloissa kirurgisten hoitojen huonojen lopputulemien valossa tutkittuaan laajasti jalan ja nilkan anatomiaa. Ponseti-menetelmä yhdistää kampurajalan hoitoon konservatiivista hoitomenetelmää manipulaatioilla ja toistokipsauksilla sekä kirurgista hoitoa akillesjänteen tenotomialla. Erilaisilla konservatiivisilla hoitomenetelmillä epämuodostuman korjaus saavutetaan venyttämällä hitaasti jalan jäykkiä rakenteita manipuloimalla ja kipsauksilla pehmytkudoksen ja jalan luiden asentojen muoovamiseksi. Konservatiivisilla menetelmillä hoidetut jalat tarvitsevat usein kuitenkin lisäksi kirurgista hoitoa tai intensiivisempää ja pidempiaikaista hoitoa. Kirurgisia hoitomenetelmiä suosittiin ensisijaisina 1970–1990-luvuilla. Pidemmällä aikavälillä kirurgisesti hoidettujen kampurajalkojen lopputulemana oli kuitenkin kivuliaita, jäykkiä ja heikkoja jalkoja. (Global Clubfoot Initiative s.a.) Ponseti-menetelmän on todettu tuovan hyviä pitkäaikaisia tuloksia (Lohan 2011, 3–4). Tehokkuutensa, toistettavuutensa ja kustannustehokkuutensa myötä Ponseti-menetelmä on korvannut kirurgiset hoitomenetelmät (O’Shea ja Sabatini 2016). Menetelmä toimii nykyään ensisijaisena hoitomenetelmänä suurimassa osassa maailmaa (Besselaar ym. 2017, 1).

Ponseti-menetelmä rakentuu toistokipsauksesta, tarvittaessa tenotomiasta eli akillesjänteen katkaisusta ja tankokenkähoidosta (SKYRY s.a.). Menetelmän tarkoituksena on manipuloida eli venyttää asteittain jalkaterän asentoa ulospäin jalan normaalin liikeradan sallimiseksi (Miller 2012, 18–19). Hoito toteutetaan aina yksilöllisen hoitosuunnitelman mukaan ja aloitetaan mahdollisimman pian lapsen syntymän jälkeen, jotta hoito olisi mahdollisimman tuloksellista (Lohan 2011, 4; Noh ja Park 2013, 213; SKYRY s.a.). Ponseti-menetelmällä hoidettu kampurajalka tulee olemaan lähes normaali hoidon jälkeen. Pieniä eroavaisuuksia verrattuna normaaliin jalkaan jää, mutta ne eivät aiheuta ongelmia ja usein jäävät lapselta huomaamatta nuoruusiässä. Normaaliin jalkaan verrattuna jalka voi jäädä pituudeltaan näkyvästi hieman lyhyemmäksi. Hoidettu kampurajalka on myös hieman tavallista pienempi ja alajalan lihaksisto jää kooltaan pienemmäksi. Jalkaan jäävät poikkeamat riippuvat kampurajalan vaikeusasteesta. (Mosca 2010, 3.)

3.1 Kampurajalan diagnosointi, hoidon tavoitteet ja arviointi

Kampurajalan ennuste paranee merkittävästi, kun hoito aloitetaan varhaisessa vaiheessa. Tämän vuoksi on tärkeää tutkia vastasyntynyt huolellisesti. (Pohjolainen ym. 2015, 210.) Lapsen syntyessä kampurajalkaisena lääkäri tutkii, esiintyykö lapsella kampurajalan lisäksi muita sairauksia, jotka voisivat vaikuttaa kampurajalan hoitoon. Jalan ja pohkeen muoto sekä koko tarkistetaan, ja kampurajalan ollessa vain toisessa jalassa verrataan kampurajalkaa normaaliin jalkaan. Lääkäri liikuttaa varoen jalkaa parempaan asentoon tutkien samalla jalan taipuvuutta ja useiden eri jalkaterän luiden liikkuvuutta. Tarkastuksesta selviää esimerkiksi jalkaterän liikkuvuus ja kuinka paljon jalkaterä vastustaa

liikuttaessa sitä normaaliin asentoon. Yleensä röntgenkuvia ei tarvita kampu-
 rajalan diagnoosin teke-
 miseen. (Miller 2012, 6–7.)

Ponseti-menetelmän tavoitteena on korjata kaikki kampu-
 rajalan epämuodostuman tekijät, jotta saa-
 vutettaisiin toimiva, joustava, kivuton ja normaalin näköinen jalka (Lohan 2011, 4; Noh ja Park
 2013, 213). Normaalisti nilkkanivel pystyy koukistumaan dorsifleksiossa eli yläkoukistuksessa noin
 20–30 astetta (Lohan 2011, 7). Tavoitteena kampu-
 rajalan hoidossa on saada jalkaterä taipumaan
 nilkasta ylöspäin dorsifleksiossa ainakin 15 astetta (Miller 2012, 18–19; Ponseti International Asso-
 ciation 2015, 8–12). Alle 10 asteen dorsifleksiolla on vaikutusta lapsen kävelyyn (Miller 2012, 18–
 19). Jalkaterä pyritään saamaan abduktio-asentoon eli loitontamaan jalkaterää kauemmaksi jalan
 keskiviivasta. Tavoite abduktio on 50–60 astetta. (Lohan 2011, 25.) Jalan asento on kuitenkin riit-
 tävä, kun jalassa on 40–60 asteen abduktio. Jalan tulee myös ylläpitää korjattua asentoa ilman
 cavusta, varusta tai ekvinusta. (Ponseti International Association 2015, 8–12.)

Kampu-
 rajalan vaikeusasteen arviointiin on olemassa erilaisia luokituksia, kuten Pirani-pisteytys ja
 Dimeglio-luokitus (Miller 2012, 7). Pirani-pisteytystä ja Dimeglio-luokitusta käytetään laajasti kampu-
 rajalan vaikeusasteen arvioimisessa, sillä ne ovat erittäin hyviä hoidon luotettavuuden havainnointi-
 välineitä (Noh ja Park 2013, 213). Huttusen (2016-11-03) mukaan KYSissä käytetään kampu-
 rajalan vaikeusasteen arvioimiseen Pirani-pisteytystä hoidon kaikissa vaiheissa. Pisteytyksellä arvioidaan
 kampu-
 rajalan vaikeusastetta pisteyttämällä kuusi eri kampu-
 rajalan kliinistä tekijää. Pisteillä arvioidaan 0 eli
 normaali, 0.5 eli lievästi epänormaali tai 1 eli vaikeasti epänormaali. Kaikki saadut pisteet kirjataan
 ylös ja lasketaan yhteen. Peräkkäisistä tuloksista seurataan ja arvioidaan hoidon etenemistä Ponseti-
 menetelmän aikana ja kampu-
 rajalan kliinisten tekijöiden asteittaista korjaantumista. (Staheli 2009, 27.)

3.2 Toistokipsaus

Toistokipsauksella jalkaterän kireiden jänteiden ja luiden asennot korjataan oikeille paikoille (SKYRY
 s.a.). Jalkaterän asentoa korjataan asteittain ulkokiertoon (Pulak ja Swamy 2012). Jalkaterän korjaa-
 minen tapahtuu manipuloimalla jalkaterää varovasti asennon muuttamiseksi, minkä jälkeen kipsi lai-
 tetaan ylläpitämään haluttua asentoa. Kipsauksella pyritään vaikuttamaan kaikkiin epämuodostuman
 tekijöihin. (Staheli 2009, 9.) Uusi kipsi vaihdetaan vanhan tilalle viikoittain eli noin 5–7 päivän välein.
 Jalan asennon korjaamiseksi kipsin vaihtoja tarvitaan keskimäärin 5–6. (SKYRY s.a.; O'Shea ja Saba-
 tini 2016.) Vaikeampiasteinen kampu-
 rajajalka voi tarvita useampia kipsivaihtoja (Lohan 2011, 45).

Vlasovin (2017-06-15) mukaan Kuopion yliopistollisessa sairaalassa kipsaaminen tapahtuu polikliini-
 sesti lastenkirurgian lääkärin ja kipsimestarin toimiessa työparina. Jalkaterän venyttäminen aloite-
 taan rauhoittamalla lapsi, koska kipsin laitto onnistuu parhaiten lapsen ollessa rentoutunut (Miller
 2012, 31–33). Lasta syötetään manipulaation ja kipsauksen aikana tuttipullolla, jotta lapsi olisi mah-
 dollisimman rauhallinen toimenpiteen ajan (Staheli 2009, 9). Huttusen (2016-11-03) mukaan niin
 sanotun "tuttipulloanestesian" rauhoittava vaikutus on parhaimmillaan, kun lapsen ateriointi ajoite-
 taan kipsauksen yhteyteen. Vanhempien olisi hyvä tuoda mukanaan sovitulle tapaamiselle tarvik-
 keita lapsen rintaruokintaa tai pulloruokintaa varten. Tutti tai jokin muu lohduttava esine voi myös

auttaa lasta rentoutumaan. (Miller 2012, 33.) Huttusen (2016-11-03) mukaan vanhemmat saavat poliklinikalla mahdollisuuden kylvettää lapsi ennen uuden kipsin laittamista.

Manipuloinnissa lääkäri tunnustelee telaluun sijainnin jalkaterästä, pitää lapsen jalkaa paikoillaan sekä hieroo nilkkaluita saadakseen aikaan riittävästi kevyttä venytystä lihaksissa sekä jänteissä, jotta nilkka luut asettuivat parempaan asentoon (Miller 2012, 33–34). Telaluun pään paikantaminen on tärkeää, koska sitä hyödynnetään tukipisteinä korjattua asentoa muodostaessa (Staheli 2009, 9). Kampurajalassa telaluu ei liiku, mutta muut nilkka luut telaluun ympärillä kääntyvät (Miller 2012, 33–34). Jalkaa venytetään ulospäin sen verran kuin venytys tapahtuu helposti. Manipulaatio ei aiheuta lapselle kipua. (Miller 2012, 31–34.)

Jalkaterän asentoa korjattaessa asennon eri tekijät korjataan tietyssä järjestyksessä (Lohan 2011, 25–27). Alussa manipulaation ja kipsihoidon tavoitteena on jalan etuosan asettuminen suoraan linjaan jalan keski- ja takaosan kanssa (Pulak ja Swamy 2012). Kipsi korjaa jalkaholvin korkeakaarisuuden. Cavuksen korjaantumisen jälkeen jalkaterän keskiosan inversio ja kantapään varus korjataan seuraavilla kipsauskerroilla. (Lohan 2011, 25.) Inversio on jalkapohjan kääntymistä sisäänpäin (Terveyskirjasto 2012.)

Kipsi laitetaan paikoilleen heti manipuloinnin jälkeen. Sen tarkoituksena on tehdä jalkaterä liikkumattomaksi, jotta tiukat nivelsiteet, nivelkapselit ja jänteet olisivat venytyksessä. Lapsen kipsattavaa polvea pidetään 90 asteen kulmassa. (Lohan 2011, 25.) Kipsi asetetaan ulottumaan polven yli reiden yläosaan asti, jotta lapsi ei saisi potkittua kipsiä pois paikoiltaan (Tays 2015). Kipsi peittää koko jalan varpaita lukuunottamatta (Miller 2012, 34–35). Toistokipsauksessa käytetty kipsi voi olla esimerkiksi kalkkikipsiä tai soft-cast-muovikipsiä hoitavasta tahosta riippuen (SKYRY s.a.). Vlasovin (2016-06-15) mukaan Kuopion yliopistollisessa sairaalassa käytössä on kahdella kipsisukalla pehmustettu soft-cast-pehmytkipsi. Huttusen (2017-06-15) mukaan kipsin laitton jälkeen lapsi ja vanhemmat voivat palata kotiin. Kipsin laitton jälkeen lapsi voi olla ensimmäisen vuorokauden ajan tavallista rauhattomampi.

Edellinen kipsi poistetaan poliklinikalla juuri ennen uuden kipsin laittoa. Kipsiä ei ole hyvä itse poistaa kotona, ettei korjattua asentoa menetetä. (Mosca 2010, 1; Lohan 2011, 31.) Kalkkikipsin poistaminen tapahtuu pehmentämällä kipsiä muutaman minuutin ajan kylvyssä lämpimällä vedellä, minkä jälkeen kipsi avataan. Kipsin poistamiseen voidaan käyttää apuna kipsiveitsiä. (Lohan 2011, 31.) Vanamon (2017-09-18) mukaan soft cast-kipsi poistetaan kiertämällä kipsi auki. Useimmissa tapauksissa nilkan ekvinusta jää jäljelle vielä kipsihoidon jälkeen. Ekvinus korjataan akillesjänteen katkaisun avulla. (Pulak ja Swamy 2012.) Vlasovin (2017-06-15) mukaan viimeisen kipsin laitton yhteydessä mitataan lapsen jalkapohjan mitta tankokenkien ja tangon tilaamista varten.

3.3 Tenotomia

Tenotomian eli akillesjänteen katkaisun avulla lisätään pituutta kireään akillesjanteeseen (SKYRY s.a.). Akillesjänne katkaistaan suunnilleen 90 prosentilta hoidettavista lapsista täydentämään toistokipsauksella saavutettua asentoa (O'Shea ja Sabatini 2016). Tenotomialla helpotetaan ekvituksen korjausta ja se laskee riskiä kipurin uusiutumiseen (Lohan 2011, 45). Useimmissa tapauksissa kireäksi jäänyt akillesjänne pitää kantaluuta normaalia korkeammassa asennossa. Yritys korjata jäykkä ekvitus vain asteittain kipsaamalla, aiheuttaa se riskin kantaluuhun kohdistuvaan paineeseen, mikä voi aiheuttaa kantaluun litistymistä. (Lohan 2011, 32.) Tenotomiaa ei ole kuitenkaan tarpeellista tehdä, jos kipsausten avulla kipurajalan cavus, adduktio ja varus ovat korjautuneet normaaliin asentoon sekä jalkaterän taipuessa ylöspäin vähintään 20 astetta (Lohan 2011, 32; O'Shea ja Sabatini 2016). Akillesjänteen katkaisun jälkeen jalkaterän on mahdollista taipua ylöspäin 10 astetta tai enemmän (Lohan 2011, 32).

Tenotomia on pieni kirurginen toimenpide, jossa akillesjänteen katkaiseminen tehdään pienen iho- viillon kautta. Toimenpide tehdään leikkaussalissa kaikkia steriliteetin sääntöjä noudattaen ja lapsi on toimenpiteen ajan nukutettuna. (Lohan 2011, 32–33; Tays 2015.) Toimenpiteen kesto on vain muutamia minutteja (Lohan 2011, 45). Vanamon (2017-09-01) mukaan toimenpiteestä syntyvä ihoahaava suljetaan sulavin ompelein. Huttusen (2017-06-15) mukaan lapsen tulee olla ravinnotta 5 tuntia äidinmaidonkorvikkeesta tai 4 tuntia imetyksestä ennen toimenpidettä. Toimenpiteen jälkeen lapsi jää osastolle seurantaan yhden vuorokauden ajaksi. Tavallisesti kipulääkityksen tarve on hyvin vähäinen toimenpiteen jälkeen. (Tays 2015.)

Jotta tenotomialla saavutettu jalkaterän asento säilyisi pysyvänä, on jalkaan laitettava kipsi heti toimenpiteen jälkeen (SKYRY s.a.). Kipsiä pidetään lapsen jalassa kolme viikkoa (Staheli 2009, 14–16; Tays 2015). Tämä on yleensä Ponseti-menetelmän viimeinen kipsi (Staheli 2009, 14–15; Lohan 2011, 27). Vaikean ekvituksen korjaaminen voi kuitenkin vaatia toisen kipsin (Lohan 2011, 27). Tenotomian jälkeen jalka laitetaan kipsillä maksimaaliseen 60–70 asteen abduktioon ja 15–30 asteen dorsifleksioon, mikä saa jalan asennon näyttämään ylikorjatulta (Staheli 2009, 14–16; Lohan 2011, 27; O'Shea ja Sabatini 2016). Ylikorjatulla asennolla ehkäistään epämuodostuman uusiutumista ja ylläpidetään jalkaterän asentoa. Jos ennen kolmen viikon täyttymistä kipsi pehmenee tai likaantuu, kipsi vaihdetaan uuteen. Kolmen viikon jälkeen kipsi poistetaan. (Staheli 2009, 14–16.) Akillesjänne on parantunut uuteen pituuteensa tuona aikana (Tays 2015).

3.4 Tankokenkähoito

Tankokengät ovat erikoisvalmisteiset sandaalit, joita yhdistää tanko (Staheli 2009, 16; Tays 2015). Tankokenkähoito aloitetaan välittömästi viimeisen kipsin poiston yhteydessä. Tankokengät eivät korjaa epämuodostumaa, vaan ylläpitävät kipsaamisen ja tenotomian avulla saavutettua hyvää asentoa. (Staheli 2009, 16; Lohan 2011, 34; Tays 2015.) Kenkiä yhdistävän tangon tarkoituksena on pitää lapsen jalat korjatussa asennossa, sillä ilman tankoa kengät eivät pysy hoidon edellyttämässä kul-

massa (Miller 2012, 68–69). Tankokengät ja tanko sovitetaan lapsen jalkoihin ja vanhempia ohjeistetaan kenkien käytöstä. Sovittamisesta, ohjeistamisesta sekä myöhemmin kenkien ja tangon vaihdosta huolehtii tankokengistä vastaava apuvälinteknikko. (Tays 2015.) Kenkien vaihto on tavallisesti ongelmaton ja helppoa (Tays 2015).

Tankokenkähoidon aloitettaessa jalka näyttää ylikorjatulta abduktio asentoon, mikä voi huolestuttaa vanhempia. Vanhemmille on tärkeää selittää, että kyse ei ole ylikorjaamisesta, vaan jalan hyvän asennon ylläpitämiseksi vaadittavasta täydestä abduktiosta. (Staheli 2009, 14–15.) Tankokengät asetetaan noin 60–70 asteen abduktioon hoidettavaan jalkaan ja 40 asteen abduktioon normaaliin jalkaan kumpurajalan ollessa toispuoleinen (Lohan 2011, 35; O’Shea ja Sabatini 2016). Dorsifleksio asetetaan 10–20 asteeseen molempiin jalkoihin (Lohan 2011, 35). Tanko on sopivan mittainen, kun kengissä kantapäiden etäisyys toisistaan vastaa lapsen hartioiden leveyttä (Lohan 2011, 35; Staheli 2009, 16).

Tankokenkiä käytetään alkuun ympärivuorokautisesti ainakin kolmen kuukauden ajan. Sen jälkeen kenkiä käytetään vuorokaudessa yön yli 12 tuntia ja 2–4 tuntia päiväuniaikoja hyödyntäen (O’Shea ja Sabatini 2016). Tankokenkähoidon aikainen seuranta tapahtuu yksilöllisesti poliklinikalla lapsen ja perheen tarpeiden mukaan (Tays 2015). Vanamon (2017-07-12) mukaan ensimmäisen tankokenkien sovituksen jälkeinen hoidon onnistumista arvioiva kontrolli on poliklinikalla kuukauden kuluttua, sitten kolmen kuukauden kuluttua ja tämän jälkeen puolivuositain. Tankokenkähoidon päättymisen jälkeen tilannetta seurataan yksilöllisesti aina kasvun päättymiseen asti. Jalan asento on täysin korjattu, kun mainitut epämuodostuman tekijät ovat hoidettu sekä jalassa on 40–60 asteen abduktio ja 15 asteen dorsifleksio (Ponseti International Association 2015, 8–12.) Kenkien käyttö lopetetaan suunnilleen neljän vuoden ikään mennessä. Paras mahdollisin ikä lopettaa tankokenkähoidon on yhä tutkimuskohteena. (O’Shea ja Sabatini 2016.) Tankokenkähoidon voidaan yleensä lopettaa neljännen ikävuoden jälkeen, jolloin relapsoitumiset eli epämuodostuman uusiutumiset ovat harvinaisia eli niitä ilmenee vain noin 5–10 prosentilla lapsista. Jos lapsella on yhä suhteellisen tiukka akillesjänne, tankokenkähoidon jatkaminen vuodella ja akillesjänteen venytysharjoitusten tekeminen voi olla kannattavaa. (Ponseti International Association 2016, 8.)

Kumpurajalan uusiutuminen on mahdollista. Kumpurajalka voi uusiutua hoidon onnistuneesta toteutuksesta huolimatta, mihin syynä voi olla esimerkiksi kasvupyrähdys, lihasten epätasapaino tai jalkaterän jäykät nivelsiteet. (Miller 2012, 41.) Tutkittaessa potilaita, jolla on vaikea tai relapsoitunut kumpurajalka, tekijät jotka ovat erityisen tärkeitä huomioida, ovat tankokenkien käyttöön liittyvät vaikeudet, perhetilanne, asuinolot sekä uskontoon ja kulttuuriin liittyvät kysymykset (Ponseti International Association 2015, 12). Tankokenkähoidon on erittäin tärkeä ja merkittävä osa Ponseti-menettelmää. Kumpurajalan uusiutumisen yleisin syy on tankokenkien vääränlainen käyttö sekä se, ettei kenkiä ole käytetty riittävää ohjeiden mukaista aikamäärää. (Lohan 2011, 39.) Tankokenkien ajallisen käytön on huomattu vähenevän ensimmäisen kolmen kuukauden aikana tankokenkähoidon aloittamisesta. Vanhemmat myös kertovat toteuttavansa hoitoa enemmän kuin todellisuudessa he sitä toteuttavat. (O’Shea ja Sabatini 2016.) On tärkeää, että perheenjäsenet ja muut lapsen hoitoon osallistuvat ymmärtävät tankokenkähoidon merkityksen, joten tiedonsaanti ja ohjeistus ovat olennaista

hoidon onnistumisen kannalta. Tankokenkien oikea koko tulisi tutkia ja on selvitettävä, miten kenkiä on käytetty. Vanhempien on osoitettava osaavansa tankokenkien oikeanlainen käyttö. (Ponseti International Association 2015, 12.)

4 ARJESSA SELVIITYMINEN HOIDON AIKANA

Lapsen kumpurajalka diagnoosin saaminen on vanhemmille vaikea asia käsitellä ja monet kamppailevat hoitojen tuoman vastuun kanssa (O'Shea ja Sabatini 2016). Vanhempien rooli on tärkeä kumpurajalan hoidossa hyvän lopputuloksen saavuttamiseksi. Toistokipsaus- ja etenkin tankokenkähoidon aikana saatujen hoito-ohjeiden noudattamatta jättäminen lisää kumpurajalan uusiutumiseriskiä. (Lohan 2011, 42, 45.) Tämän vuoksi asianmukainen motivaatio ja vanhempien vakuuttaminen hyväksymään pitkäaikainen hoito auttavat ylläpitämään kumpurajalan korjaantumista pidemmällä aikavälillä (Pulak ja Swamy 2012).

Lapsen pitkäaikaissairaus voi selvitä jo sikiötutkimuksessa tai tulla täytenä yllätyksenä ja selvitä vasta lapsen syntymän jälkeen. Raskauden aikana selvinnyt sikiön sairaus aiheuttaa vanhemmille huolta, mutta varhaisessa vaiheessa todettu sairaus antaa vanhemmille aikaa valmistautumiseen. (Mannerheimin lastensuojeluliitto 2017.) Vanhemmuus tuo mukanaan uudenlaisia haasteita, vastuuta ja muutoksia elämään. Pitkäaikaissairaana lapsen vanhemmille nämä haasteet ja muutokset elämässä korostuvat (Carter 2014). Aiemmin terveeksi odotetun lapsen yllättävällä sairastumisella tai vammautumisella on vaikutuksia koko perheen keskinäisiin suhteisiin, elämään ja arkeen (Mannerheimin lastensuojeluliitto 2017). Lapsen diagnoosin saaminen, valmistautumattomuus hoitojen tuomiin vaatimuksiin ja haasteisiin ja terveeksi odotetun lapsen menetys aiheuttavat vanhemmille ahdistusta ja stressiä (Carter 2014).

Sairauteen sopeutuminen muuttaa vanhempien mielikuvia lapsestaan. Lapsen sairastumista edeltävät mielikuvat ja lapsen oma reaktio sairauteen vaikuttavat vanhempien lasta koskeviin mielikuvuihin. Mielikuva terveestä lapsesta muuttuu mielikuvaksi sairaasta tai vammaisesta lapsesta. Vanhemmille nousee huolenaiheita liittyen esimerkiksi lapsen onnellisuuteen ja sairauden sosiaalisiin seurauksiin. (Hilton 2010, 29–30.) Myös vanhempien mielikuvat itsestään muuttuvat sairauden toteamisen aikaansaamassa kriisissä. Vanhemmat voivat mahdollisesti tuntea avuttomuutta, toivottomuutta ja voimattomuutta lapsen sairauden vuoksi. Vanhempien sopeutumista helpottaa sairauden olemassaolon hyväksyminen. (Hilton 2010, 32–33.)

Toimenpiteiden ennustettavuudesta huolimatta vanhempien suhtautuminen hoitoon on yksilöllistä. Yleisemmin huolta vanhemmille aiheuttavat hoidon fyysiset, taloudelliset ja emotionaaliset rasitukset. Olennaista on vanhempien sitoutuminen hoitoon. Vanhemmat voivat väsyä nopeasti hoitomääräyksiin kokiessaan ne hyödyttömiksi. Vanhempiin kohdistuvat häiriötekijät tai paineet, kuten oma väsymys, lapsen sopeutumattomuus ja muut arkielämän vaatimukset tuovat omat haasteensa. Nämä tekijät voivat saada vanhemmat olemaan noudattamatta saamiaan ohjeita. Vanhempien ahdistusta lievittää sairaudesta saatu tieto. (Hilton 2010, 25–30.) Myös lapselle on annettava tietoa omasta sairaudestaan ikä- ja kehitystaso huomioon ottaen. Vaikeiden asioiden ymmärtäminen vie lapselta aikaa ja lapselle voi muodostua omasta sairaudestaan todellisuutta pelottavampi käsitys.

Sairastuneen lapsen lisäksi tietoa on annettava myös sisaruksille ja muille lähipiirin lapsille. Vanhempien mukautuminen uuteen elämäntilanteeseen voi viedä aikaa ja tilanteeseen sopeutumista helpottaa monipuolisen tukiverkoston tarjoama tuki. Tukea voi saada sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten lisäksi erilaisilta vertaistukijärjestöiltä. (Mannerheimin lastensuojeluliitto 2017.) Sairaalaolosuhteissa terveydenhuoltoalan ammattilaisten rooli on tarjota tukea sekä lisätä vanhempien itseluottamusta ja vanhemmuustaitoja, jotta he pystyisivät keskittymään olemaan vanhempia lapselleen (Carter 2014).

4.1 Kipsihoidossa huomioitavia asioita

Huttusen (2017-06-15) mukaan kipsihoidon aikana vanhempien on muistettava tarkistaa lapsen jalat säännöllisesti useita kertoja päivässä. Kipsihoidon aikana seurattavia asioita ovat varpaiden väri, kipsin alta erittyvä haju tai erite sekä ihon punoitus, haavaisuus ja ärtyneisyys kipsin reuna-alueilla (Mosca 2010, 1; Lohan 2011, 46). Kipsi saattaa olla liian tiukalla, jos varpaat ovat kylmät, tummanväriset tai verenkierto varpasiin on tarkistettaessa huono. Kipsin paikallaan pysymistä on varmistettava, sillä varpaiden tulisi olla näkyvissä kipsin alta. (Mosca 2010, 1; Lohan 2011, 46.) Näyttäessä siltä, että varpaat ovat luiskahtaneet kipsin sisään, kipsi ei ylläpidä oikeanlaista painetta jalkaan ja väärä asento voi aiheuttaa haavaumia (Mosca 2010, 1). Jalan verenkierto tarkistetaan painamalla kevyesti varvasta ja seuraamalla veren palautumista varpaaseen. Varvas muuttuu painettaessa vaaleaksi ja värin palautuessa nopeasti takaisin vaaleanpunaiseksi verenkierto varpaaseen on hyvä. (Mosca 2010, 1; Lohan 2011, 46.) Vanamon (2017-07-12) mukaan varvasta painettaessa verenkierron tulisi palautua varpaaseen kahdessa sekunnissa. Kipsatun raajan vaikuttaessa kivuliaalta on otettava välittömästi yhteyttä hoitavaan yksikköön. Soft-cast-pehmytkipsin poistaminen kotona on tässä tilanteessa mahdollista. Kotona kipsi otetaan pois kiertämällä kipsi auki. Lapsen yli 38.5 °C kuume ilman selittävää syytä, 1 kuten flunssaa tai virustartuntaa on selvitettävä hoitavan yksikön kanssa (Mosca 2010, 1; Lohan 2011, 46).

Kipsi on syytä pitää mahdollisimman kuivana ja puhtaana. Likaantunut kipsi voidaan puhdistaa esimerkiksi kostealla liinalla. Säännöllisillä vaipan vaihdoilla ehkäistään kipsin likaantumista ja kastumista. (Staheli 2009, 28; Miller 2012, 53.) Virtsa ja uloste eivät pääse kipsin sisälle, kun kipsin yläreuna pidetään vaipan ulkopuolella (Staheli 2009, 28). Lasta ei voida kylvettää kotona kipsihoidon aikana, jotta kipsi ei pääse kastumaan. Kipsin kastuminen, pehmeneminen ja halkeilu ovat aiheita ottaa yhteyttä hoitavaan yksikköön. (Lohan 2011, 46–47.) Vanamon mukaan (2017-07-12) kipsin kastuminen voi aiheuttaa ihon hautumista, koska kipsi on hidas kuivumaan. Huttusen (2017-06-16) mukaan lapsen kylvettäminen on mahdollista poliklinikalla viikoittain tapahtuvan kipsinvaihdon yhteydessä. Kotona lapsen peseytymiseen voi hyödyntää esimerkiksi pylypyyhettä, suihkurättiä ja suihkepulloa. Peseytymisen ajaksi voi kipsin ympärille laittaa suojaavan muovikelmun ja päälle muovipussin. (SKYRY s.a.)

Kipsihoidon aikana ei tarvitse käyttää erikoisvaatetusta (SKYRY s.a.). Hoitovaiheen aikana suositellaan lapsen kokoa yksi tai kaksi kertaa suurempien vaatteiden käyttöä, jotta vaatteet mahtuisivat kipsin päälle (Miller 2012, 58). Huttusen (2017-06-15) mukaan terättömien potkupukujen käyttö on

kannattavaa, koska ne helpottavat verenkierron tarkistamista varpaista. Öisin unipussi soveltuu lapsen lämpimänä pitoon. Lapsi sopeutuu yleensä hyvin kipsin kanssa nukkumiseen. (Miller 2012, 58.)

4.2 Tankokenkähoidossa huomioitavia asioita

Tankokenkähoidon aloitusvaiheessa lapsi voi tuntea levottomuutta muutamasta päivästä viikkoon, mikä ei välttämättä johdu kivusta, vaan siitä että tankokenkiin tottuminen vie aikaa (Staheli 2009, 29–30; Lohan 2011, 47). Epämukavuuden tunnetta aiheuttaa esimerkiksi kipsihoidon loppuminen ja se että lapsi ei kykene potkimaan yhdellä jalalla (Staheli 2009, 30). Tottuminen tankokenkien käyttöön nopeutuu, kun tankokenkien pukemisesta tehdään päivittäinen rutiini (Staheli 2009, 30; Lohan 2011, 47). Lapsen kanssa leikkiminen ja lapsen opettaminen potkimaan molemmilla jaloilla yhtä aikaa auttaa lasta sopeutumaan tankokenkien käyttämiseen (Staheli 2009, 30). Jalan vahvistamisella liikunnan ja touhuilun avulla voidaan ylläpitää jalan asentoa. Fysioterapiaan voidaan hakeutua lääkärin, neuvolan tai itsenäisen yhteydenoton kautta, jos tavallinen liikunta ei riitä ylläpitämään jalan asentoa. (SKYRY s.a.)

Tankokenkiä pukiessa ensimmäisenä asetetaan kenkään vaikeampi jalka tai toispuoleisessa kampu-rassa hoidettu jalka. Jalka työnnetään kenkään varovasti dorsifleksio-asennossa kantapää edellä. Jalka pidetään hyvässä asennossa ja kengän nilkan suunnasta sisempi remmi suljetaan ennen ulom-maista remmiä. Tämän jälkeen asetetaan kenkään toinen jalka. (Lohan 2011, 35.) Kengissä olevien aukkojen avulla varmistetaan, että kantapää on kohdallaan (Staheli 2009, 29–30; Lohan 2011, 35). Kenkien on oltava hyvin istuvat, jotta ne pysyvät lapsen jaloissa. Varpaat eivät saa liikkua kengissä edestakaisin ja kaikkien varpaiden tulee olla suorassa kenkien sisällä. Remmit kiristetään tiukasti, mutta verenkierto ei saa estyä. Tankokenkien alle puetaan sukat, jotka peittävät koko ihoalueen kenkien alta. (Staheli 2009, 29–30.) Sukkien varpaiden päät voidaan tarvittaessa leikata avonaisiksi, mikä mahdollistaa lapsen jalkaterien näkemisen kenkien sisällä ja verenkierron tarkistamisen (Miller 2012, 67, 79).

Vanamon (2017-07-12) mukaan ihon kunto tulee tarkistaa aina lapsen vaikuttaessa kivuliaalta ja tankokenkähoidon ensimmäisinä päivinä muutaman tunnin välein. Lapsen jalan ihon kunto on hyvä tarkistaa aina kenkien riisumisen yhteydessä (Miller 2012, 79). Lievä punoitus ihossa tankokenkien pitämisestä johtuen on normaalia ja sen pitäisi hävitä kenkien riisumisesta noin 20 minuutin kulu-essa. Jos punoituksen häviämisessä kestää yli 20 minuuttia, on syytä ottaa yhteys hoitavaan yksik-köön. Punoitukseen ei tulisi käyttää voiteita, koska voiteet voivat pahentaa punoitusta. Ihon kuntoa tulee seurata myös painehaavojen ja rakkojen ilmaantumisen varalta. (Staheli 2009, 29–30.) Liian pienet tai suuret tankokengät voivat aiheuttaa hiertymiä ja rakkoja (Lohan 2011, 36). Kenkiin voi laittaa hiertymien ympärille erilaisia pehmusteita, kahdet sukat päällekkäin tai talkkia. Painehaavojen ja hankaumien syntyä on pyrittävä estämään. Tankokenkien painaessa ja hangatessa voidaan jalkoi-hin laittaa esimerkiksi rakkolaastareita tai mepilex-levyä pehmusteeksi hankauskohdalle. (SKYRY s.a.) Huttusen (2017-06-15) mukaan jalkaa voidaan suojata pieneltä paineelta myös ohuella hydro-

colloidi-levyllä. Tankokenkiä varten lapsen vaunujen kopan ja kantokopan tulisivat olla mahdollisimman pitkät ja leveät, jotta tankokengät mahtuisivat vaunuihin, koska tanko aiheuttaa jalkoihin leveän haara-asennon (SKYRY s.a.).

Tankokenkiä käytävällä lapsella haaroista avautuvat vaatteet voivat olla käteviä. Terälliset potkupuut eivät ole yhteensopivia tankokenkien kanssa, vaan jaloissa kannattaa käyttää esimerkiksi eri paksuisia sileitä sukkia, froteesukkia nurinpäin käännettyinä tai bambufroteesukkia. Sukkien tulee olla sileitä eli niissä ei saa olla kuvioita tai lankasolmuja. Ulkona voidaan kenkien päälle pukea esimerkiksi nahkapohjatossut ja jalkojen lämmittämiseksi voidaan kenkien päälle pukea säärystimet tai toppapussi. Paljain jaloin kävely ja touhuaminen ovat suositeltavaa, koska se kehittää lapsen jalan hermostoa ja akillesjännettä. (SKYRY s.a.)

Lapsi tottuu ja oppii nukkumaan tankokenkien kanssa. Tankokengissä nukkumisesta on hyvä tehdä rutiini. Tyynyillä ja rullatuilla peitoilla voidaan tukea lasta mukavaan nukkuma-asentoon. Mikäli tanko sotkeutuu peittoihin ja lakanoihin, unipussi voi olla hyvä vaihtoehto öiksi. Vähitellen tankokenkien käytön tuntimäärän tarve vähenee 12–14 tuntiin. Yöajan hyödyntäminen kenkien käyttöön toimii tuolloin parhaiten, jolloin lapsi voi vahvistaa lihasvoimiaan liikkumalla päiväsaikaan. (Miller 2012, 82–83.) Lapsen nukkuessa pinnasängyssä tai seinää vasten olevassa sängyssä, reunat kannattaa pehmustaa, jotta tangot eivät kolise tai jää kiinni pinnojen väliin (SKYRY s.a.).

Tankoa voidaan säätää suuremmaksi sitä mukaan, kun lapsi kasvaa. Tangon saa irroitettua kengistä ja laitettua takaisin, mikä helpottaa esimerkiksi lapsen asettamista auton turvaistuimeen. Kun tankokengät jäävät kasvun myötä pieniksi, tanko on yhteensopiva myös uusien kenkien kanssa ja uutta tankoa ei tarvitse hakea erikseen. (Miller 2012, 67.) Vanhempien tulee ottaa yhteyttä hoitavaan tahoon välittömästi, jos havaitaan merkkejä kumpurajalan relapsista, vanhemmat löytävät painehaavan lapsen jalasta tai kenkien jäädessä pieneksi tai rikkoutuessa (Lohan 2011, 36).

Vanhempien huoli kumpurajalan vaikutuksesta lapsen kävelemiseen on normaalia. Kumpurajalkainen lapsi oppii kävelemään noin kaksi kuukautta myöhemmin verrattuna lapsiin, joilla epämuodostumaa ei ole. Ponseti-menetelmällä hoidetut lapset oppivat kävelemään itsenäisesti keskimäärin 14 kuukauden ikäisinä. Epämuodostuman ollessa vakava tai kumpurajalan uusiutuessa lapsi saavuttaa kävelyyden keskimäärin 16 kuukauden ikäisenä. (O'Shea ja Sabatini 2016.)

5 OHJEEN TOTEUTTAMINEN

Potilasohje on kirjallinen ohjausmateriaali, jonka avulla asiakkaalle välitetään ennakkoon tietoa hoitoon liittyvistä asioista. Potilasohjeita voidaan käyttää myös kotiutumisen tukemiseen, sillä monien asiakkaiden mielestä suullisen ohjauksen lisäksi ohjeet olisi hyvä olla myös kirjallisena. Ohjeen tulee vastata asiakkaan tarpeita. Tietoa tarvitaan erityisesti sairaudesta, erilaisista hoitomenetelmistä, komplikaatioista, uusiutumisen riskeistä ja lääkityksestä. (Kyngäs ym. 2007, 124.) Tiedonsaantioikeus on Suomessa kirjattuna lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, § 9). Sairastuminen aiheuttaa epävarmuuden, avuttomuuden ja turvattomuuden tunnetta. Riittävä tiedonsaanti ymmärrettävässä muodossa tukee haastavasta tilanteesta selviytymistä. Tiedonsaanti ymmärrettävässä muodossa mahdollistaa asiakkaan osallistumisen hoitoon liittyvään päätöksentekoon sekä edistää valmiuksia hoidon toteuttamiseen ja tuleviin tilanteisiin valmistautumista. Ohjauksen keskeinen tavoite on auttaa potilaan hoidossa ja arjessa selviytymisessä. (Heikkinen ym. 2002, 23–25.)

5.1 Hyvän potilasohjeen tunnusmerkit

Hyvässä ja selkeässä potilasohjeessa ilmaistaan, kenelle ohje on suunnattu ja mikä on ohjeen tarkoitus (Kyngäs ym. 2007, 126). Tärkeää on, että ohje on suunnattu potilaalle tai hänen omaisilleen. Toimivassa potilasohjeessa ohjeet ja neuvot perustellaan potilaan näkökulmasta, sillä tiedon perusteleminen vaikuttaa ohjeen noudatettavuuteen. (Duodecim 2005.) Tietoa ei saa olla liian laajasti, joten potilasohjeen sisältämä tieto esitetään pääkohdittain. Tietoa saadaan esitettyä ymmärrettävässä muodossa konkreettisin esimerkein ja kuvauksin, joiden avulla asiakas saa tietoa, miten toimia tavoitteiden saavuttamiseksi. Potilasohjeessa kuvataan myös, miten hoidon onnistumista seurataan. Ohjeessa on hyvä olla esitettyä, mistä voi saada lisätietoa ja minne ottaa tarvittaessa yhteyttä. (Kyngäs ym. 2007, 126.)

Hyvässä ohjeessa tulisi olla selkeä kirjasintyyppi, tarpeeksi näkyvä kirjasinkoko sekä selkeä tekstin asettelu ja jaottelu. Rakenteellisesti yhdessä tekstikappaleessa tulisi esittää yksi asia kappaletta kohden ja pääasia tulisi sovittaa ensimmäiseen virkkeeseen. (Kyngäs ym. 2007, 126.) Tiedon ymmärrettävyyteen vaikuttaa asioiden esittämisjärjestys. Juonirakenteen ollessa loogisesti etenevä, lukija kykenee seuraamaan ohjetta sujuvammin. Ohjeen ymmärrettävyyteen vaikuttaa lisäksi sanojen käyttäminen. Tekstistä tulisi saada nopeasti käsitys sen sisällöstä, joten käytettyjen sanojen ja virkkeiden tulisi olla melko lyhyitä. Pitkissä virkkeissä lukijan on palattava virkkeen alkuun asiayhteyden ymmärtämiseksi. Tärkeää on kiinnittää huomiota ohjeen oikeinkirjoitukseen, koska kirjoitusvirheet vaikuttavat ohjeen ymmärrettävyyteen. (Duodecim 2005.) Lääketieteellisiä termejä tai lyhenteitä käytettäessä termit tulisi määritellä. Tekstissä kannattaa käyttää passiivimuodon sijaan aktiivimuotoa. (Kyngäs ym. 2007, 126.) Ohjeen asainmukainen ulkoasu ja asettelu ovat tärkeitä tekstin luotettavuutta lisääviä tekijöitä (Duodecim 2005). Ymmärrettävyyttä voidaan lisätä käyttämällä mielenkiintoa herättäviä ja luotettavia kuvia, kuvioita, taulukoita ja kaavioita (Kyngäs ym. 2007, 126).

5.2 Ohjeen tilaaja ja kohderyhmä

Opinnäytetyön tilaajana toimi Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenkirurgian poliklinikka. Teimme yhteistyötä lastenkirurgian poliklinikan henkilökunnan kanssa ohjeen suunnittelu- ja tekovaiheissa. Ohjeen kohderyhmänä ovat lastenkirurgian poliklinikalla vanhemmat, joiden kumpurajalkaisena syntynyttä lasta hoidetaan Ponseti-menetelmällä. Ohje toimii myös henkilökunnan antaman suullisen ohjauksen tukena, sillä kirjallisen ohjausmateriaalin vanhemmat voivat ottaa mukaan kotiin.

Lastenkirurgian poliklinikka on osa Kuopion yliopistollisen sairaalan tarjoamia kliinisiä hoitopalveluita kuuluen yhdessä vastasyntyneiden tehohoidon, lastentautien, lastenneurologian, lastenpsykiatrian, lasten veri- ja syöpätautien, genetiikan ja perinnöllisyyslääketieteen kanssa lasten ja nuorten klinikan. KYSin lasten ja nuorten klinikan tavoitteena on tarjota potilaille laadukasta hoitoa huomioiden lapsipotilaiden ja perheiden erityistarpeet (KYS 2013). Huttusen (2016-12-09) mukaan lastenkirurgian poliklinikka tarjoaa KYSin sairaanhoitopiirille lasten ja nuorten kirurgista erityisosaamista. Poliklinikalla hoidetaan neonataali eli vastasyntyneiden kirurgiaan, ortopediaan, traumatologiaan, urologian ja gastrokirurgian sekä tietyllä alueella thorax-kirurgiaan kuuluvia potilaita. Poliklinikka on ajanvarauspoliklinikka, jonne potilaat tulevat lähetteellä tai osastohoidon jälkeisiin kontroleihin. Hoitoa ohjaavat lasten sairaanhoidon periaatteet. Hoitotyössä korostuu leikkaukseen, toimenpiteisiin tai tutkimuksiin ohjaaminen leiko-mallin eli leikkaukseen kotoa mukaisesti. Lastenkirurgian poliklinikan toiminnassa korostuu hoidon jatkuvuus, potilasturvallisuus, terveyden edistäminen, yksilöllisyys ja perhekeskeinen hoito sekä moniammatillisuus.

6 OPINNÄYTETYÖNÄ KEHITTÄMISTYÖ

Opinnäytetyö toteutettiin työelämälähtöisenä kehittämistyönä. Kehittämistyö on tavoitteellista toimintaa, jossa luodaan uudistuneita ja entistä parempia palveluja, menetelmiä- tai tuotantovälineitä hyödyntämällä tutkimustuloksia (Heikkilä, Jokinen ja Nurmela 2008, 21). Kehittämistyön tuloksena syntyy tuotos, joka pitää sisällään uutta tietoa sekä tuotteen, oppaan, mallin tai esimerkiksi toimintatavan. Kehittämistyön tuotoksen on tarkoituksena olla aikaisempaa parempi tai täysin uusi. (Salonen 2013, 25.)

Kehittämistyönä toteutetun opinnäytetyön periaatteisiin kuuluu ongelman ratkaiseminen ja muutoksen luominen tulevaisuudessa. Työ tapahtuu käytännössä ja työelämän tukemana. Kehittämistyö ei ole jatkuva prosessi, koska sille on määriteltynä aika ja kustannukset. Kehittämistyö edellyttää opinnäytetyön tekijältä orientoitumista kohteeseen sekä viestintä- ja vuorovaikutustaitoja. (Kajaanin ammattikorkeakoulu 2016.) Tämän kehittämistyön tuotoksena teimme kirjallisen ohjeen kumpurajalan hoidosta Ponseti-menetelmällä kumpurajalkaisen lapsen vanhemmille. Opinnäytetyömme tuotos suunniteltiin ja toteutettiin vastaamaan Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenkirurgian poliklinikan toimeksiantajan tarvetta ja toiveita.

6.1 Kehittämistyön vaiheet konstruktivisen mallin mukaan

Kehittämistyönä toteutetun opinnäytetyön prosessin vaiheiden kuvaamiseksi valikoimme konstruktivisen mallin. Konstruktivisessa mallissa prosessi jakautuu eri vaiheisiin: aloitusvaihe, suunnitteluvaihe, esivaihe, työstövaihe, tarkistusvaihe, viimeistelyvaihe ja valmis tuotos. Konstruktiviselle mallille on ominaista perusteellinen suunnittelu ja prosessin vaiheistaminen. Mallissa korostuu tekijöiden osallisuus ja yhteisöllisyys. Konstruktivisen eri vaiheiden aikana on pysähdyttävä, arvioitava ja suuntauduttava eteenpäin. Tasavertainen ja vuorovaikutteinen keskustelu korostuvat mallissa. (Salonen 2013, 16–19.)

Kehittämistyön aloitusvaihe alkaa idean syntyemisestä. Vaihe pitää sisällään esitetyn kehittämistarpeen, alustavan kehittämistehtävän, toimintaympäristön ja opinnäytetyöprosessin tekijät. Tekijät osallistuvat ja sitoutuvat työskentelyyn ja muun muassa ottavat huomioon keskustellen aiheen realistisen rajaamisen ja sen selkeyttämisen. Aloitusvaihe näyttää näin suunnan tulevalle opinnäytetyöprosessille. Suunnitteluvaiheeseen kuuluu kirjallisen opinnäytetyön työsuunnitelman tekeminen, jonka aikana opinnäytetyön idea selkeytyy tekijöille. Suunnitelmassa tulee näkyä muun muassa työn tavoitteet, toimijat, ympäristö, tiedonhankintamenetelmät, dokumentointitavat ja materiaalit. Tekijöiden vastualueet ja tehtävät jaetaan suunnitteluvaiheessa. Tärkeää on aloitus- ja suunnitteluvaiheessa suunnitella työskentelyä mahdollisimman huolellisesti, vaikka suunnitelman osat tarkentuvat vasta työskentelyn aikana. (Salonen 2013, 17.)

Esivaiheessa opinnäytetyöntekijät siirtyvät ympäristöön, jossa todellinen työskentely tapahtuu. Esivaiheen aikana organisoidaan yhdessä työskentelyä. Ajallisesti vaihe voi olla lyhyt. Siirtyminen esivaiheeseen suunnitelman hyväksymisestä olisi hyvä tapahtua nopeasti, jotta kertaamiselta vältytään. Työstövaiheessa tapahtuu käytännön toteutus kohti sovittua tavoitetta ja tuotosta. Vaiheen aikana suunnitelma etenee kohti tuotosta aineistoja ja materiaaleja keräämällä sekä aineistoja dokumentoimalla. Vaihe on vaativin ja ajallisesti pisin. Ohjaus, vertaistuki ja palautteen saaminen korostuvat onnistumisen ja ammatillisen kehittymisen näkökulmasta. (Salonen 2013, 17–18.)

Tarkistusvaihe eli arviointi on tärkeä osa kehittämistyötä. Arviointia on hyvä tehdä kaikkien vaiheiden aikana. Tarkistusvaiheessa tapahtuu syntyneen tuotoksen arvioiminen. Tuotos voidaan palauttaa tarvittaessa takaisin työstövaiheeseen tai siirtää viimeisteltäväksi viimeistelyvaiheeseen. Tarkistusvaiheen ajallinen kesto voi olla lyhyt. Viimeistelyvaihe on työllistävä vaihe, jossa sekä tuotosta että kehittämisraporttia tarkastellaan ja viimeistellään. Viimeistelyvaiheeseen on hyvä varata aikaa ja ulkopuolisten arvioijia on hyvä tuoda mukaan arvioimaan työtä. Valmis tuotos on jokin konkreettinen tuote, joka voi olla esimerkiksi opas, esite, kuvaus tai toimintapäivä. Valmis tuotos päätetään, esitetään ja tuodaan julki. (Salonen 2013, 18–19.)

6.2 Kehittämistyön tarkoitus ja tavoite

Kehittämistyön tarkoituksena oli tehdä kumpurajalkaisen lapsen Ponseti-menetelmällä toteutettavaan hoitoon selkeä ja ymmärrettävä näyttöön perustuva ohje vanhemmille. Opinnäytetyön pohjalta tuotetun ohjeen tavoitteena oli, että ohje antaa riittävästi tietoa vanhemmille Ponseti-hoidosta sekä tukee hoitoon sitoutumista ja arjessa selviytymistä. Ohjetta voidaan käyttää myös lastenkirurgian poliklinikalla suullista ohjausta tukevana materiaalina.

6.3 Opinnäytetyön aikataulu

Aloitimme opinnäytetyön aiheen ideoimisen kevätlukukauden 2016 lopulla. Sopivan aiheen löytäminen oli haastavaa, koska valmiita tarjolla olevia aiheita oli vähän. Syksyllä 2016 otimme yhteyttä KYSin lastenkirurgian poliklinikkaan toivoen heiltä löytyvän meille soveltuva aihe. Poliklinikka tarjosi pian yhteydenoton jälkeen aiheen, jonka tekemiseen tartuimme heti. Aihevalinta sekä aiheen sisällön rajautuminen selkenivät marraskuussa 2016 tavatessamme työn tilaajan lastenkirurgian poliklinikalla. Aiheen lopullinen rajautuminen varmistui vasta myöhemmin. Opinnäytetyön kirjallinen osuus alkoi aihekuvauksen tekemisellä. Aloitimme tiedonhaun aihekuvausta tehdessä lisätäksemme ymmärrystämme aiheesta. Valmis aihekuvaus hyväksyttiin ja esitettiin marraskuussa 2016.

Alkuvuodesta 2017 aloitimme tiiviimmän perehtymisen teoriatietoon kumpurajalasta ja sen hoidosta Ponseti-menetelmän mukaisesti. Tiedon pohjalta saimme työsuunnitelman valmiiksi, minkä esitimme helmikuun alussa 2017. Helmikuussa oponoimme myös ryhmää ja annoimme palautetta työn kehittämiseksi. Kun työsuunnitelma oli hyväksytty, saimme luvan ohjaavalta opettajalta ohjaus- ja hankkeistamissopimuksen tekemiseen. Opinnäytetyön tekemistä varten haimme KYSin tutkimuslupaa,

sillä opinnäytetyötä tehdessä tulee toimia tutkimustyötä koskevan lainsäädännön, eettisten periaatteiden ja KYSin antamien ohjeiden mukaisesti (KYS 2013). Opinnäytetyön tekemistä varten vaadittavat lupahakemukset ja sopimukset hyväksyttiin helmikuun loppuvaiheessa. Kevätlukukauden 2017 ajan työstimme raporttia tekemällä tiedonhakuja ja työstämällä raportin alustavaa versiota. Kävimme aiheeseen liittyviä keskusteluita poliklinikan hoitohenkilökunnan ja lääkärin kanssa sekä toinen meistä kävi seuraamassa kipsihoidon toteutusta käytännössä. Tavoitteenamme oli saada ohje ja opinnäytetyö valmiiksi kesän aikana tai viimeistään syksyllä 2017. Kesällä 2017 tarkoituksenamme oli jatkaa opinnäytetyön työstämistä tekemällä ohje raportin pohjalta. Myös raportin työstämistä jatkettiin paljon kesän aikana. Alustavan ohjeen suunnittelu ja toteutus tapahtuivat heinä-elokuun aikana, jolloin saimme palautetta ohjeen kehittämiseksi tilaajalta. Alustava ohje annettiin kesän aikana kahdelle perheelle kokeiluun ja huomioimme saadun palautteen ohjeen viimeistelyssä. Saimme neuvoja raportin ja ohjeen oikeinkirjoituksen varmistamiseksi ABC-työpajasta ja lähetimme työmme äidinkielenopettajalle ja ohjaavalle opettajalle arvioitavaksi syyskuussa 2017. Raportin ja ohjeen viimeistely ja valmistuminen sekä opinnäytetyön julkaiseminen ja esittäminen toteutuivat loppuvuodesta 2017. Suunnitellussa aikataulussa pysyminen oli haasteellista, mutta pysyimme kuitenkin lopullisissa tavoitteissamme.

6.4 Kehittämistyön vaiheiden mukainen opinnäytetyön kulku

Idea opinnäytetyöhön sai alkunsa työelämän eli KYSin lastenkirurgian poliklinikan tarpeesta. Aloitusvaiheen aloitimme pohtimalla pitkään meille sopivaa aihetta. Opinnäytetyön aiheeksi tarjottiin poliklinikan toimista kahta toisistaan poikkeavaa ideaa, joista toteutettavaksi opinnäytetyömme aiheeksi valitsemamme oli tilaajalle sillä hetkellä tarpeellisempi ja hyödyllisempi. Pidimme työelämälähtöisyyttä ja aiheen mielekkyyttä tärkeinä tekijöinä aihetta valitessamme. Opinnäytetyön muodoksi valikoitui kehittämistyö, sillä tilaaja toivoi työn tuotokseksi vanhemmille suunnattua ohjetta. Yhteistyökumppanin yhteyshenkilö selkeytyi käydessämme ensimmäistä kertaa keskustelemassa tulevasta opinnäytetyön ideasta. Syntyneestä ideasta teimme aihekuvauksen, jonka sisältö johdatteli tulevaan lopulliseen tuotokseemme. Ajatuksenamme oli ohjeen kautta tarjota tietoa kumpurajalasta, sen hoidosta Ponseti-menetelmän mukaisesti ja antaa neuvoja arjessa selviytymiseen hoidon aikana. Aiheen rajaaminen oli vielä epäselvää aihekuvausta tehdessä ja aiheen nykyinen sisältö selkeytyi lopulliseen muotoonsa vasta työsuunnitelmaa tehdessä. Esittäessämme aihekuvausta saimme opponiilta ja ohjaavalta opettajalta palautetta ja ideoita prosessin jatkamiseen.

Suunnitteluvaiheessa teimme työsuunnitelman, jonka aikana aiheen idea selkeytyi ja opinnäytetyömme tuotokselle eli ohjeelle muodostui selkeä tarkoitus ja tavoite. Saimme tietoomme ohjaavan opettajan sekä opponentit suunnitteluvaiheen alussa. Siirtyminen suunnitteluvaiheeseen aloitusvaiheesta oli haastava ja pitkä prosessi ja vaati ajoittain teorian tiedon kertaamista aiheen ymmärtämiseksi. Jaoimme vastuuta suunnitelmaa tehdessä ja huolehdimme, että molemmilla oli selkeät tehtävät suunnitelmaa kirjoitettaessa. Alusta alkaen koimme tärkeäksi vuorovaikutuksen ja keskustelun toistemme ja yhteyshenkilön kanssa. Työsuunnitelmaa tehdessämme vuorovaikutus ja asioista keskusteleminen korostuivat erityisesti, sillä halusimme toimia alusta alkaen huolellisesti. Tiedonhaku ja luotettavien lähteiden kerääminen tuntuivat haastellisimmalta. Tekemämme tiedonhaku osoitti, että

kampurajalasta on olemassa suomenkielistä tietoa hyvin vähän ja esimerkiksi suomenkielisiä tutkimuksia ei ollut lainkaan. Kansainvälistä tietoa oli kuitenkin saatavilla riittävästi, mitä hyödynsimme lähteinä erityisesti. Hakusanoina käytimme muun muassa "clubfoot", "talipes" ja "Ponseti method" eri tietokannoissa ja lopulta löysimme riittävästi luotettavia lähteitä. Esitettyämme valmiin työsuunnitelman aloitimme raportin ja ohjeen suunnittelemisen.

Esivaiheeseen siirryimme työsuunnitelman hyväksymisen jälkeen. Työskentelyn päätimme alusta alkaen tapahtuvan kotona koneella itsenäisesti työskennellen, mutta myös yhdessä tietokoneen välityksellä. Työmme muokkaaminen tapahtui pääosin Google Docsin kautta ja käytimme hyväksi tiedonsiirtoon sähköpostia. Työstövaiheessa keräsimme raporttiin kaiken tarvittavan teoritiedon valmiiksi ennen kuin siirryimme suunnittelemaan ohjetta. Raportin työstäminen tuntui vaativalta ja tapahtui pitkällä aikavälillä. Pysyimme kuitenkin suunnittelemassamme aikataulussa hyvin.

Ohjeen suunnittelussa käytimme hyväksi hyvän potilasohjeen tunnusmerkkejä sekä mallina muita samankaltaisia ohjeita. Teimme alustavan suunnitelman ohjeesta, jonka annoimme yhteyshenkilölle, kipsimestarille sekä lasten erikoislääkärille luettavaksi. Ohjeen lopullinen sisältö hahmottui tilaajan kanssa käydyn yhteistyön ja tilaajan toiveiden kautta. Ohjeen rakentaminen raportin teoritiedon pohjalta helpotti työtä paljon, sillä ohjeeseen tarvittavat tiedot oli valmiiksi kerätty.

Kehittämistyön arviointia toteutimme kaikissa prosessin eri vaiheissa. Syntynyttä tuotosta arvioimme jatkuvasti sitä kehittäessämme. Koimme tärkeäksi, että ohje sisältäisi riittävästi tietoa kohderyhmän eli kampurajalkaisten lasten vanhempien tarpeisiin. Tarkistusvaiheessa saimme palautetta erikoislääkäriltä ja varmistuksen keräämämme tiedon oikeellisuudesta ohjeen ja raportin sisällöistä. Työmme palautui takaisin työstövaiheeseen, jonka aikana raportin lopullinen sisältö muodostui. Kun työmme oli valmis viimeisteltäväksi viimeistelyvaiheeseen, arvioivat työtämme ohjaava opettaja ja äidinkielen opettaja. Tiivistelmän osalta lähetimme työmme englanninkielentarkistukseen. Kävimme läpi raportin sisällön kieliasultaan ja rakenteeltaan huolellisesti ennen sen lähettämistä arvioijille. Valmis raportti ja ohje lähetettiin ulkopuoliselle arvioijalle. Valmiin tuotoksen päättämisen jälkeen esitimme työmme seminaarissa ja työ julkaistiin.

7 POHDINTA

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa työelämälähtöisesti KYSin lastenkirurgian poliklinikan kanssa yhteistyössä selkeä, ymmärrettävä ja näyttöön perustuva vanhemmille suunnattu ohje lapsen kumpurajalan hoidosta Ponseti-menetelmällä. Ohjeen tavoitteena oli antaa vanhemmille riittävästi tietoa Ponseti-hoidosta ja tukea hoitoon sitoutumista ja arjessa selviytymistä hoitojen aikana sekä toimia lastenkirurgian poliklinikalla ohjausta tukevana materiaalina. Tuotimme onnistuneesti ohjeen yhteistyössä KYSin lastenkirurgian poliklinikan henkilökunnan kanssa. Olemme lopputulokseen tyytyväisiä, koska koemme sen vastaavan työn tilaajan toiveita ja tarpeita sekä tarjoavan selkeässä ja ymmärrettävässä muodossa tietoa vanhemmille lapsen kumpurajalan Ponseti-hoidosta ja arjessa selviytymisestä. Ohjeessa painotimme hoitoon sitoutumisen merkitystä arjessa selviytymisen lähtökohdista. Tekemämme ohje toimii ohjausta tukevana materiaalina henkilökunnalle vanhempien ohjauksessa, Ponseti-hoitoa aloitettaessa sekä hoitoprosessin aikana.

7.1 Oma ammatillinen kasvu ja kehittyminen

Omana tavoitteenamme oli ammatillinen kasvu ja kehittyminen opinnäytetyöprosessiin sitoutumisen myötä. Tavoitteenamme oli kehittää tietämystä kumpurajalkaisen lapsen ja perheen kohtaamisesta, hoidosta ja pitkäaikaista sairautta sairastavan lapsen ja perheen tukemisesta kumpurajalan hoidon näkökulmasta. Opinnäytetyö antoi meille ammatillista osaamista kohdata kumpurajalkainen lapsi ja lapsen vanhemmat. Opinnäytetyöprosessi kehitti toimimista moniammatillisessa yhteistyössä työn toimeksiantajan kanssa. Ohjetta työstäessä otimme näkökulmaksi vanhempien tarpeet ja hoitoon sitoutumisen, mitä kautta opimme kumpurajalkaisen lapsen ja perheen tukemisesta. Tilaajan kanssa käytyjen keskustelujen sähköpostien, puhelujen ja paikan päällä vierailujen kautta saimme työelämän puolelta kokempohjaista näkemystä aiheen lähestymiseen. Kipsihoidon toteutumisen seuraaminen poliklinikalla auttoi hahmottamaan ja ymmärtämään hoidonkulkua paremmin. Kokempohjaista tiedosta oli meille paljon apua, koska aihe ei ollut meille entuudestaan tuttu. Opinnäytetyön tekoprosessin aikana vuorovaikutus- ja yhteistyötaitomme kehittyivät. Opinnäytetyön tekemiseen sitoutuminen opetti meille pitkäjänteisyyttä, opinnäytetyön vaiheellista työstämistä ja ajankäytön suunnittelua ja toteuttamista yhdessä sovittujen aikataulujen sitoutumisen kautta.

Opinnäytetyön tekeminen antoi meille onnistumisen kokemuksen kehittämistyön tekemisestä, kehitti ammatillista osaamistamme ja tukee valmistumista tuleviin ammatteihimme. Opinnäytetyöprosessin ja ohjeen kehittämisen myötä saimme kokemusta, kuinka kehittää eheä kokonaisuus, joka sisältää kaiken olennaisen tiedon. Opimme tiedonhausta ja luotettavan näyttöön perustuvan ja tutkimustiedon etsimisestä. Erityisesti opimme käyttämään kansainvälisiä lähteitä työssämme. Tiedonhakemisen myötä lähdekriittisyytemme ja kielitaitomme englanninkielisiä lähteitä läpikäytyämme kasvoi. Kehittämiämme taitoja voimme soveltaa tulevassa työssämme ja hyödyntää oman ammatti-identiteetin kehittämiseksi.

7.2 Kehittämistyön arviointi

Kehittämistyömme tuotoksena syntyi kirjallinen ohje vanhemmille kampurajalan hoidosta Ponseti-menetelmällä. Tilajallamme oli ennestään aiheeseen liittyen ajantasaisuudeltaan jo vanhentunut ohje, joka ei vastannut riittävästi vanhempien tarpeisiin. Vanha ohje oli koostettu yhdelle A4 paperille. Kehittämämme ohje on täysin uusi ja emme käyttäneet vanhentunutta ohjetta lähteenä uutta ohjetta tehdessämme. Kehittämistyömme arviointi perustuu suurilta osin siihen, miten itse koemme kehittämämme ohjeen onnistuneisuuden sekä tilajalta että ohjaajalta saatuihin kommentteihin ja palautteeseen. Lastenkirurgian poliklinikka antoi tekovaiheessa olevan ohjeen luettavaksi ja kommentoitavaksi kahdelle perheelle, josta saimme palautetta ohjeen viimeistelyä varten. Ohjeemme käyttökelpoisuuden ja onnistuneisuuden tarkempaan arviointiin ohjeen testattavaksi antaminen laajemmin ja palautteen ja kommenttien kerääminen esimerkiksi kyselyn muodossa kohderyhmältä ja lastenkirurgian poliklinikan henkilökunnalta olisi ollut hyödyllistä. Kehittämistyöstä saimme palautetta opponoijilta ja ohjaavalta opettajalta esittäessämme aihekuvausta ja työsuunnitelmaa. Eri tahoilta saamamme palaute on auttanut meitä erityisesti työn sisällön rajaamisessa.

Kehittämistyötä tehdessämme isoimmaksi haasteeksi nousi motivaation ylläpitäminen ja aikatauluihin sitoutuminen. Opinnäytetyön tekoprosessi on tapahtunut pitkällä aikavälillä ja olemme pitäneet välissä isompia taukoja työn tekemisestä. Omien aikataulujemme, elämäntilanteidemme ja muiden opintojemme sovittaminen ja yhdistäminen opinnäytetyön tekemiseen ei ollut aivan yksinkertaista. Taukojen jälkeen orientoituminen takaisin kehittämistyön tekemiseen on tuottanut haastetta ja vaatinut meiltä paljon keskinäistä vuorovaikutusta ja kertausta haastavana kokemastamme aiheesta. Haastavaa meille ennestään vieraasta aiheesta on tehnyt tiedon kerääminen ja yhdisteleminen monista eri lähteistä ja vieraskielisen tiedon oikein tulkitseminen. Koemme kuitenkin haasteemme selvitetyämme onnistumisen ja oppimisen kokemusta. Pitkän aikavälin sitoutuminen kehittämistyön tekkoon on opettanut meille aikatauluihin sitoutumista. Pitämällä taukoja ja sitten orientoitumalla aiheeseen yhä uudelleen yhdessä olemme sisäistäneet aihetta kokonaisuutena. Kasvanut ymmärryksemme aiheesta näkyy valmiissa lopputuloksessa.

7.3 Ohjeen arviointi

Kehittämämme ohje tehtiin vihkomalliseksi. Ohjeessa ensimmäisellä sivulla on ilmaistu selkeästi, että ohje on suunnattu kampurajalkaisen lapsen vanhemmille sekä ohjeen sisältö ja tarkoitus. Ensimmäisellä sivulla kerrotaan tarkemmin siitä, mikä kampurajalka on ja miten kampurajalan hoito Ponseti-menetelmällä kokonaisuudessaan tapahtuu. Seuraavilla sivuilla on tietoa Ponseti-menetelmän mukaisessa järjestyksessä toistokipsauksesta, tenotomiasta ja tankokenkähoidosta. Jokaisen hoitovaiheen yhteydessä annetaan käytännönläheisesti neuvoja arjesta suoriutumiseen ja miten toimia eri hoitovaiheiden tuomien haasteiden kanssa, kuten hygieniasta huolehtimisesta toistokipsausten aikana ja ihon kunnon seurannasta tankokenkähoidon aikana. Ohjeen lopussa rohkaistaan ottamaan tarvittaessa yhteyttä ongelmien ja huolien ilmaantuessa ja ohjataan selkeästi, minne ottaa yhteyttä tilanteiden mukaisesti. Ohjeen loppuun on lueteltuna vertaistukiyhdistykset ja lähdeluettelo ohjeeseen käyttämistämme lähteistä.

Ohjeessa korostuu erityisesti vanhempien roolin merkitys ja tärkeys lapsen kampurajalan hoidon toteuttamisessa ja tavoiteltujen hoitotulosten saavuttamisessa. Annetut käytännönläheiset ohjeet ja neuvot ovat perusteltuja ja kohdistettu suoraan vanhemmille. Ohje antaa tietoa pääkohdittain ja ymmärrettävässä muodossa kampurajalan hoidosta välttämättä liian yksityiskohtaiseksi ja vaikeakieliseksi. Käytimme mahdollisimman vähän vaikeita lääketieteellisiä termejä ja tarvittaessa avasimme termit. Ohjeen ymmärrettävyyttä lisää oikeinkirjoitus, jonka otimme huomioon ohjetta toteutettaessa ja lähettämällä sen äidinkielen opettajalle tarkistettavaksi.

Pohdimme tekstin asettelua ja asioiden esitysjärjestystä ohjetta tehdessä. Etenemisjärjestyksen mukaisen hoidon kuvaamisen tarkoituksena on tehdä hoidon hahmottamisen kokonaisuutena selkeämmäksi. Teksti on jaoteltu selkeisiin kappaleisiin ja hoidon etenemisjärjestykseen, mikä tekee tekstistä sujuvaa ja ohjeesta lukijalle helpon luettavuudeltaan. Kiinnitimme ohjetta tehdessä huomiota sen ulkonäköön. Valitsimme näkyvän kirjasinkoon, teimme selventävän kuvion hoidon etenemisestä ja lisäsimme ohjeeseen kuvia herättämään lukijan mielenkiintoa. Ohjeen kuvat valitsimme lastenkirurgian poliklinikan toiveesta havainnollistamaan ja kuvaamaan hoidon eri vaiheissa huomioitavia asioita.

7.4 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön eettisyyttä ilmaisee opinnäytetyöntekijöiden ja ohjaajan asennoituminen työhön, sen kysymyksenasetteluun ja yhteistyöhön prosessissa mukana oleviin henkilöihin. Eettisiä ratkaisuja tehdessä tavoitteena on ihmisten kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus ja tasa-arvoisuus. Kriittisyys yleisiä käytäntöjä ja tiedonlähteitä kohtaan työprosessissa on eettisyyden ilmenemistä. Opinnäytetyön eettisiä kysymyksiä on aiheen valinta, tiedon ja aineiston etsiminen sekä analysointi, käytettyjen lähteiden valinta, raportointi sekä sopimusten ja sovittujen aikataulujen noudattaminen. (Savonia ammattikorkeakoulu 2017.) Opinnäytetyömme edetessä olemme pysähtyneet pohtimaan sen eettisyyttä prosessin eri vaiheissa. Työmme eettisyyttä ilmentää se, että olemme kunnioittaneet ja noudattaneet yhteisiä sopimuksia ohjaavan opettajan, tilaajan ja toistemme kanssa ja ottaneet vastaan ohjausta ja rakentavaa palautetta kehittäväällä asenteella opinnäytetyön eri vaiheissa. Huolehdimme keskinäisen työnjakomme mahdollisimman tasa-arvoiseksi. Luottamus, yhteistyö, vuorovaikutuksellisuus ja toistemme työn arvostaminen korostuivat merkitykseltään meille opinnäytetyöprosessin aikana. Meille oli erityisen tärkeää, että opinnäytetyömme tuotoksesta eli tekemästämme ohjeesta tulisi mahdollisimman hyvä ja luotettava ja että se vastaisi tilaajan odotuksia ja toiveita.

Terveystieteiden lain (1326/2010, 8 §) velvoittaa perustamaan terveydenhuollon toiminnan näyttöön sekä hyviin toiminta- ja hoitokäytänteisiin. Lain mukaan toiminnan on oltava turvallista, asianmukaista ja laadukasta. Tavoitteenamme oli kerätä työmme teoriaosioon näyttöön perustuvaa tietoa luotettavista lähteistä. Olemme arvioineet lähteiden luotettavuutta ja ajantasaisuutta koko opinnäytetyön tekoprosessin ajan ja tarkistaneet keräämämme tiedon oikeellisuutta, mikä on opettanut meille lähdekriittisyyttä. Ohjeemme vastaa terveydenhuoltolain mukaista turvallista, asianmukaista ja laadukasta terveydenhuollon toimintaa. Ohjeen sisältö ja kieliasu noudattavat hyvän potilasohjeen

tunnuspiirteitä. Aineistoa kootessamme ja lähteitä käyttäessämme noudatimme rehellisyyttä ja vältimme luvaton lainaamista eli plagiointia. Plagioinnin tarkistamiseksi palautimme työme Turnitin-ohjelmaan. Opinnäytetyössämme noudatimme yleisiä Savonia-ammattikorkeakoulun asettamia kriteerejä ja ohjeistuksia.

Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttaa näyttöön perustuvan eli parhaan saatavilla olevan ajantasaisen tutkimustiedon harkittu käyttö. Näyttöön perustuva tieto voi olla myös työntekijän kokemuksesta, potilaalta tai tämän läheisiltä tai toimintaympäristöltä vastaanotettua tietoa. Tärkeää on, että käytetty tieto on näyttöön perustuvaa. Käytettäessä tutkimusnäyttöä otetaan huomioon tutkimuksen laadun ja käytetyn tutkimusasetelman mukaisesti muuttuva näytön vahvuus. Luotettavaksi arvioitun tutkimusnäyttöön perustuvat suositukset ja järjestelmälliset katsaukset ilmentävät vahvinta näyttöä. (Hotus 2016.) Aineistoa kootessamme noudatimme kriittisyyttä ja arvioimme käytettävien lähteiden luotettavuutta ja ajantasaisuutta. Käytimme opinnäytetyöhön lähteitä, joiden tieto perustuu tutkittuun tietoon. Kirjasimme käytetyt lähteet Savonia-ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti ja merkitsimme lähdeviitteet tarkasti. Käytimme opinnäytetyöhömmme paljon englanninkielisiä lähteitä, koska aiheesta oli vähän suomenkielistä tietoa tarjolla. Haasteenamme oli vieraskielisen tiedon oikeintulkitseminen ja ammattisanaston käyttö tutkimusartikkeleissa. Kielitaitomme oli riittävä aineiston tulkitsemiseen ja koemme kielitaitomme kehittyneen opinnäytetyön tekemisen myötä. Käytimme asianmukaisia sanakirjoja ja tilaajan kokemuspohjaista asiantuntemusta tiedon oikein tulkinnan varmistamiseksi. Valmiin ohjeen ja raportin annoimme arvioitavaksi lastenkirurgian erikoislääkärille tiedon oikeellisuuden vahvistamiseksi.

Kehittämistyön luotettavuuden kannalta on oleellista, että käytännön työskentelyä on riittävästi dokumentoitu ja raportoitu. Tämän vuoksi erilaisia aineistoja ja materiaaleja tulee käyttää ja tuottaa työskentelyn aikana riittävä määrä. Materiaaleja ja aineistoja on riittävästi, kun ulkopuolinen ohjaaja tai vertaisarvioitsija kykenee ymmärtämään työn etenemisen logiikan raportissa vaiheittain kuvattujen erilaisten dokumenttien avulla. Dokumentoinnin tapoja voivat olla esimerkiksi kirjoittaminen, kuvaus, videointi, tuotetun materiaalin arkistointi, sekä aikaisemmin tuotettujen materiaalien, kuten esitteiden, ohjeiden, tilastojen, selvitysten ja nettisivujen hyödyntäminen. (Salonen 2013, 23–24.) Opinnäytetyöprosessin aikana dokumentoimme käytännön työskentelyämme kirjallisella raportilla. Olemme käyttäneet erilaisia aineistoja ja materiaaleja työhömmme mahdollisimman laajasti. Olemme hyödyntäneet työssämme myös kokemuspohjaista näyttöön perustuvaa asiantuntijatieta.

7.5 Jatkokehittämisehdotuksia

Kampurajalan hoidosta Ponseti-menetelmällä on olemassa vähän suomenkielistä tietoa, joten pohiessamme jatkokehittämisehdotuksia ensimmäisenä ajatuksena oli ajantasaisten suomenkielisten videomateriaalien kehittäminen. KYSin lastenkirurgian poliklinikalla on tarjota vanhemmille lainaan englanninkielinen videomateriaali aiheesta. Aiheeseen laajemmin tutustuttuamme englanninkielinen materiaali voi kuitenkin olla mielestämme vaikeammin ymmärrettävämpää haastavan ammattisanaston takia, joten ohjauksen saaminen omalla äidinkielellä saattaisi tukea paremmin hoitoon sitoutumista ja ymmärrystä kampurajalan hoidosta Ponseti-menetelmällä. Kasvavalle lapselle voisi kehittää

kuvakirjan, sadun tai runon, joka kuvaisi kumpurajalan hoitoa Ponseti-menetelmän eri vaiheissa lapselle soveltuvalla tavalla ja positiivisella asenteella. Tämä voisi auttaa lasta ymmärtämään omia hoitojaan uudesta näkökulmasta ja tukea lapsen sitoutumista hoitoihin.

Ohjeen hyödyllisyydestä ja onnistuneisuudesta palautteen ja kommenttien saaminen sekä tilaajalta että kumpurajalkaisten lasten vanhemmilta esimerkiksi kyselyn muodossa kattavasti olisi mielestämme mielenkiintoista. Erityisesti kiinnostaa, miten käyttökelpoinen ohje on ollut eli onko se onnistuneesti tukenut vanhempien ymmärrystä lapsen kumpurajalasta ja Ponseti-menetelmästä sekä tukenut hoitoihin sitoutumista. Palautetta olisi ohjeen kehittämisen kannalta hyvä saada myös ohjeen ulkonäöstä, sisällöstä ja asettelusta.

LÄHTEET

- BESSELAAR, A., BOEKESTIJN, R., BURGER, K., MARGÉS, S., SAKKERS R., SCHUPPERS, H., VAN DER STEEN, M., WITBREUK, M., ZEEGERS, E. ja VISSER. J 2017. Guideline on the diagnosis and treatment of primary idiopathic clubfoot. [Viitattu 2017-04-01.] Saatavissa: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/17453674.2017.1294416?needAccess=true>
- CARTER, Bernie. Parenting a sick child. 2014. [Viitattu 2017-08-16.] Saatavissa: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1367493514535332>
- DUODECIM 2005. Millainen on toimiva potilasohje? [Viitattu 2016-11-16]. Saatavissa: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_hakusana=Millainen+on+toimiva&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo95167
- DUODECIM OPPIPORTTI 2016. Alaraajan ja jalkaterän luuston ja pehmytkudosten kehittyminen. [Viitattu 2017-08-14]. Saatavissa: <http://www.oppiportti.fi/op/jtr00001/do>
- DUODECIM OPPIPORTTI 2016. Lapsen ja jalkaterän kehityksen ominaispiirteet. [Viitattu 2017-08-14]. Saatavissa: <http://www.oppiportti.fi/op/jtr00008/do#>
- ETENE 2001. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. [Viitattu 2017-01-12]. Saatavissa: <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENEjulkaisuja+1+Terveysthuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>
- GLOBAL CLUBFOOT INITIATIVE. History of clubfoot management. [Viitattu 2017-08-08.] Saatavissa: <http://globalclubfoot.com/clubfoot/history-of-clubfoot-management/>
- HEIKKILÄ, Asta, JOKINEN, Pirkko ja NURMELA, Tiina 2008. Tutkiva kehittäminen. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- HEIKKINEN, Sinikka, TIAINEN, Sirkka ja TORKKOLA, Sinikka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Tampere: Tammer-Paino OY.
- HILTON, Davis 2010. Miten tukea sairaan tai vammaisen lapsen vanhempia? 4. painos. Sipoo: Silverprint Oy.
- HOTUS 2016. Näyttöön perustuva toiminta. [Viitattu 2017-01-08.] Saatavissa: <http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perustuva-toiminta>
- HUTTUNEN, Riitta 2016-11-03. Lastenkirurgian poliklinikan sairaanhoitaja. [Suullinen tiedonanto.] Kuopio: Kuopion yliopistollinen sairaala lastenkirurgian poliklinikka.
- HUTTUNEN, Riitta 2016-12-09. Lastenkirurgian poliklinikan sairaanhoitaja. [Suullinen tiedonanto.] Kuopio: Kuopion yliopistollinen sairaala lastenkirurgian poliklinikka.
- HUTTUNEN, Riitta 2017-06-15. Lastenkirurgian poliklinikan sairaanhoitaja. [Suullinen tiedonanto.] Kuopio: Kuopion yliopistollinen sairaala lastenkirurgian poliklinikka.
- KAJAANIN AMMATTIKORKEAKOULU 2016. Opinnäytetyöpankki. Toimintatutkimus. [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-12-18.] Saatavissa: <https://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Toimintatutkimus>
- KYNGÄS, Helvi, KÄÄRIÄINEN, Maria, POSKIPARTA, Marita, JOHANSSON, Kirsi ja HIRVONEN, Eila 2007. Ohjaaminen hoitotyössä.1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- KYS 2013. Lasten ja nuorten klinikka. [Viitattu 2016-11-03]. Saatavissa: <https://www.psshp.fi/hoitopalvelut/lasten-ja-nuorten-klinikka>
- KYS 2013. Opinnäytetyöt. [Viitattu 2017-08-12]. Saatavissa: <https://www.psshp.fi/opetus/hoitotyon-opetus/opinnaytetyot>

- LAKI POTILAAN ASEMASTA JA OIKEUKSISTA. L 1992/785. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016-11-16]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P5>
- LOHAN, Iris 2011. Treatment Of Congenital Clubfoot Using The Ponseti Method. [Viitattu 2017-05-08]. Saatavissa: https://global-help.org/publications/books/help_clubfoottreatmentmanual.pdf
- MANNERHEIMIN LASTENSUOJELULIITTO 2017. Lapsella on pitkäaikaissairaus tai vamma. [Viitattu 2017-08-14]. Saatavissa: <https://www.mll.fi/vanhemmille/tukea-perheen-huoliin-ja-kriiseihin/lapsella-pitkaaikaissairaus-tai-vamma/>
- MILLER, Betsy 2012. The parent's guide to clubfoot. 1. painos. United States of America, Ann Arbor, Michigan: Sheridan Books.
- MOSCA, Vincent S. The Ponseti Method for Clubfoot Correction Information for Parents. [Viitattu 2017-04-03]. Saatavissa: http://global-help.org/products/clubfoot_guide_for_parents/
- NOH, H. ja PARK, S. 2013. Predictive factors for residual equinovarus deformity following Ponseti treatment and percutaneous Achilles tenotomy for idiopathic clubfoot. [Viitattu 2017-03-26]. Saatavissa: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.savonia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a7c0fdad-cbd9-406a-b087-b8747d8655f4%40sessionmgr102&vid=0&hid=128>
- O'SHEA, R. ja SABATINI, C. 2016. What is new in idiopathic clubfoot? [Viitattu 2017-04-08]. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5127955/>
- OPETUSHALLITUS. SWOT-analyysi. [Viitattu: 2016-11-11]. Saatavissa: http://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/wbl-toi/menetelmia_ja_tyovalineita/swot-analyysi
- POHJOLAINEN, Timo ja MÄENPÄÄN, Heikki 2015. Nilkan ja jakaterän sairaudet. Teoksessa: AROKOSKI, Jari, MIKKELESSON, Marja, POHJOLAINEN, Timo ja VIIKARI-JUNTURA, Eira 2015. Fysiatria. Helsinki: 5. painos. Kustannus Oy Duodecim
- Ponseti International Association s.a. Clinical Practice Guidelines for the Management of Clubfoot De-formity Using the Ponseti Method. 2015. [Viitattu 2017-04-09] Saatavissa: <http://nebula.wsimg.com/0914777e6ad9240cb2a924816b2c1f26?AccessKeyId=B17C75687FBF776E8655&disposition=0&alloworigin=1>
- PULAK, S. ja SWAMY, MKS. 2012. Treatment of Idiopathic Clubfoot by Ponseti Technique of Manipulation and Serial Plaster Casting and Its Critical Evaluation. [Viitattu 2017-01-14] Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3407829/>
- SALONEN, Kari 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulu. Tampere: Suomen yliopistopaino - Juvenes Print Oy. [Viitattu: 2016-12-18]. Saatavissa: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>
- SAVONIA AMMATTIKORKEAKOULU 2017. Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus. [Viitattu 2017-01-12] Saatavissa: <https://reppu.savonia.fi/opinnaytetyo/Sivut/eettisyys-ja-luotettavuus.aspx>
- SKYRY s.a. Ensietoa. [Viitattu 2017-05-10]. Saatavissa: <https://www.skyry.org/kampurajalka/lapset/ensietoa/>
- SKYRY s.a. Hoitomenetelmät. [Viitattu 2016-11-06] Saatavissa: <http://www.skyry.org/kampurajalka/hoitomenetelmat/>
- SKYRY s.a. Mikä on kampurajalka? [Viitattu 2016-10-29]. Saatavissa: <http://www.skyry.org/kampurajalka/mika-on-kampurajalka/>
- SKYRY s.a. Ponsetin menetelmä. [Viitattu 2016-10-29]. Saatavissa: <http://www.skyry.org/kampurajalka/hoitomenetelmat/ponsetin-menetelma/>
- SKYRY s.a. Vinkkejä. [Viitattu 2017-05-05]. Saatavissa: <https://www.skyry.org/kampurajalka/lapset/vinkkeja/>

STAHელი, Lynn 2009. Clubfoot: Ponseti management. [Viitattu 2017-01-14] Saatavissa: <https://pdfs.semanticscholar.org/abd7/c9782d66020d2d73041d10fa9b9d9e6161d6.pdf>

SUOMEN RISKIENHALLINTAYHDISTYS 2016. Nelikenttäänalyysi-swot. [Viitattu: 201-11-11]. Saatavissa: <http://www.pk-rh.fi/index.php?page=swot>

TAYS 2015. Kampurajalka. [Viitattu 2017-04-09]. Saatavissa: <http://www.pshp.fi/fi-FI/Palvelut/Lastenkirurgia/Kampurajalka>

TERVEYDENHUOLTOLAKI. L 2010/1326. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2017-01-08.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P8>

TERVEYSKIRJASTO 2012. Alaraajan ja jalkaterän rakenne. [Viitattu 2017-10-24.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=jal00010

VANAMO, Kari 2017-07-12. Lastenkirurgian poliklinikan lääkäri. [Suullinen tiedonanto.] Kuopio: Kuopion yliopistollinen sairaala lastenkirurgian poliklinikka.

VANAMO, Kari 2017-09-18. Lastenkirurgian poliklinikan lääkäri. [Suullinen tiedonanto.] Kuopio: Kuopion yliopistollinen sairaala lastenkirurgian poliklinikka.

VLASOV, Jarmo 2017-06-15. Lastenkirurgian poliklinikan kipsimestari. [Suullinen tiedonanto.] Kuopio: Kuopion yliopistollinen sairaala lastenkirurgian poliklinikka.

WERLER, M., YAZDY, M., KASSER, J., MAHAN, S., MEYER, R., ANDERKA, M., DRUSCHEL, C. ja MITCHELL, A. 2015. Maternal Cigarette, Alcohol, and Coffee Consumption in Relation to Risk of Clubfoot. [Viitattu 2017-07-22]. Saatavissa: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.savonia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=80031108-6d3c-4be9-ade2-dd251af0cbf3%40sessionmgr102>

LIITE 1: OHJE: LAPSEN KAMPURAJALAN HOITO PONSETI-MENETELMÄLLÄ



Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri

Lasten ja nuorten klinikka

Lastentautien poliklinikka

KYS

OHJE LAPSEN KAMPURAJALAN HOIDOSTA PONSETI-MENETELMÄLLÄ



Tämä ohje on tarkoitettu teille, kumpurajalkaisena syntyneen lapsen vanhemmille. Ohje sisältää tietoa kumpurajalan hoidon eri vaiheista Ponseti-menetelmällä. Ohjeen tarkoituksena on tukea arjessa selviytymistä, sillä teidän roolinne on merkittävä lapsenne kumpurajalan hoidon toteuttamisessa. Tavoitellun hoitotuloksen saavuttamiseksi on tärkeää, että saatuja hoito-ohjeita noudatetaan kotona tarkasti.

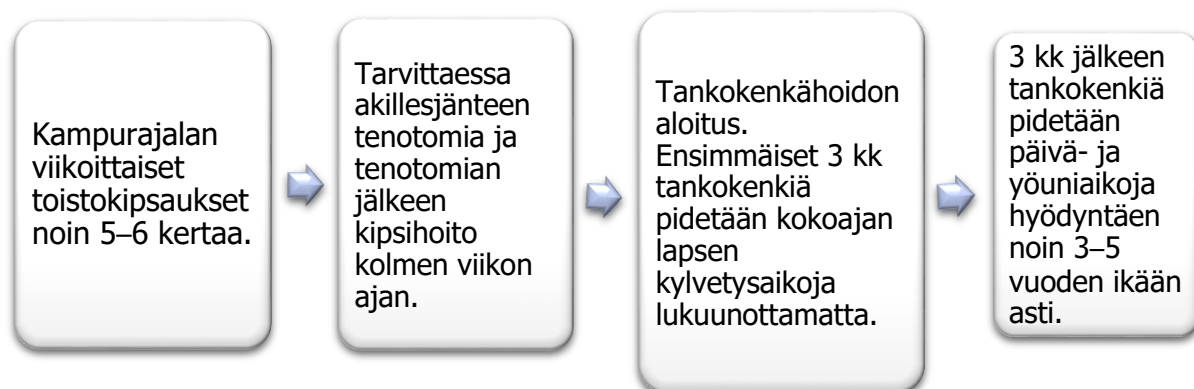
MIKÄ ON KAMPURAJALKA?

Kumpurajalka (lat. talipes equinovarus) on kehityksellinen jalan epämuodostuma, joka on todettavissa heti syntymän jälkeen. Kumpurajalka on yleisin synnynnäinen jalan epämuodostuma, joka todetaan noin yhdellä tuhannesta syntyneestä lapsesta. Suomessa syntyy joka vuosi noin 60–70 kumpurajalkaista lasta. Pojilla kumpurajalka on yleisempi kuin tytöillä. Kumpurajalka voi olla molemmissa jaloissa tai vain toisessa jalassa. Aiheuttajina uskotaan olevan perinnöllisiä ja ulkoisia syitä, mutta tarkkaa syytä epämuodostuman kehittymiselle ei tiedetä.

Kumpurajalka on alaspäin osoittavassa ja sisäänpäin kääntyvässä asennossa, minkä aiheuttaa jalan taka- ja sisäosien paksut ja kireät jänteet ja nivelsiteet sekä normaalia lyhyemmiksi ja pienemmiksi kehittyneet lihakset. Asennon seurauksena luiden sijainnit ja asennot ovat poikkeavat. Jalka on tyypillisesti jäykkä, ja lapsi ei itse kykene muuttamaan sen asentoa normaaliksi.

PONSETI-MENETELMÄ

Lapsenne kumpurajalan hoito aloitetaan mahdollisimman pian syntymän jälkeen. Ponseti-menetelmä sisältää toistokipsauksen, useimmissa tapauksissa tenotomian eli akillesjänteen katkaisun ja tankokenkähoidon. Hoito toteutetaan aina yksilöllisen hoitosuunnitelman mukaan. Ponseti-menetelmän tavoitteena on korjata jalkaterän asentovirhe ja saavuttaa toimiva, kivuton ja normaalin näköinen jalka. Onnistuneesti hoidettu kumpurajalka ei vaikuta liikuntakykyyn ja lapsenne voi elää normaalia elämää.



TOISTOKIPSAUS

Hoito aloitetaan toistokipsauksella lastentautien poliklinikalla pian lapsenne syntymän jälkeen. Kipsauksen alussa jalkaterän asentoa korjataan varovasti manipuloimalla eli venyttämällä jalkaterän luita oikeaan asentoon. Jalan manipulaatio ei aiheuta kipua. Jokaisen manipulaation jälkeen jalkaan laitetaan varpaista nivusiin asti ylettyvä kipsi ylläpitämään korjattua asentoa 5–7 päivän ajaksi. Tämän jälkeen kipsi poistetaan poliklinikalla ja uusi kipsi laitetaan tilalle. Kipsin vaihtoja tarvitaan keskimäärin 5–6 kertaa. Kipsimateriaalina käytetään kahdella kipsisukalla pehmustettua soft-cast-pehmytkipsiä.

Lapsenne syöttäminen tuttipullolla kipsauksen yhteydessä on hyvä keino rauhoittaa ja rentouttaa lapsenne kipsauksen ajaksi. Niin sanotun ”tuttipulloanestesian” rauhoittava vaikutus on parhaimmillaan, kun ajoitatte lapsenne ruokailuajan kipsauksen yhteyteen. Poliklinikalla teillä on myös mahdollisuus kylvettää lapsenne ennen uuden kipsin laittoa, joten voitte tuoda mukanaan tarvikkeita myös kylvettämistä varten.



Tuttipulloanestesiaa varten on hyvä tuoda mukana tarvikkeita lapsen syöttämistä varten.

VERENKIERRON JA IHON KUNNON SEURANTA

Kipsihoidon aikana teidän on muistettava lapsenne jalan säännöllinen tarkistaminen useita kertoja päivässä. Varpaiden tulisi olla lämpimät ja normaalin väriset. Verenkierron tarkistamiseksi painakaa kevyesti lapsenne varpaan päätästä ja seurakaa veren palautumista varpaaseen. Varvas muuttuu painettaessa vaaleaksi ja varpaan värin kuuluu palautua kahdessa sekunnissa takaisin vaaleanpunaiseksi. Kipsin käytön aikana lapsenne iho saattaa ärtyä. **Jos epäilette kipsin olevan liian tiukalla, voitte poistaa kipsin kiertämällä kotona.** Ottakaa yhteyttä poliklinikkaan kipsatun raajan vaikuttaessa kivuliaalta.



Kipsissä varpaat jätetään näkyville, mikä helpottaa verenkierron tarkistamista varpaan päästä.



Kipsin poistaminen tapahtuu kiertämällä kipsi auki.

HYGIENIASTA HUOLEHTIMINEN

Kotioiloissa kipsi on pidettävä mahdollisimman kuivana ja puhtaana. Kastuminen voi aiheuttaa ihon hautumista, koska kipsi on hidras kuivumaan. Voitte hoitaa lapsenne pesemisen kotona hyödyntäen esimerkiksi pesuliinaa tai kosteuspyyhkeitä, kunhan muistatte suojata kipsiä kastumiselta. Kipsin voi pesujen ajaksi suojata esimerkiksi muovikelmulla ja muovipussilla. Säännöllisillä vaipanvaihdolla estätte kipsin likaantumista ja kastumista. Kipsin yläreuna on tärkeä pitää vaipan ulkopuolella, jotta virtsa ja uloste eivät pääse kipsin sisälle.

PUKEUTUMINEN

Kipsihoidon aikana lapsenne ei tarvitse erikoisvaatteita. Tarvittaessa voitte hankkia muutamaa koon lapsenne kokoa isompia vaatteita, jotta ne mahtuisivat hyvin kipsin päälle. Potkupukujen kannattaa olla mieluiten terättömiä, mikä helpottaa verenkierron tarkistamista varpaista. Haaroista avautuvat vaatteet helpottavat pukemista ja riisumista.

TENOTOMIA

Tenotomian eli akillesjänteen katkaisun avulla lisätään pituutta kireään akillesjanteeseen. Useimmissa tapauksissa tenotomia tehdään täydentämään toistokipsauksella saavutettua jalan korjattua asentoa. Toimenpide vähentää riskiä virheasennon uusiutumiseen.

Akillesjänne katkaistaan pienen ihoviillon kautta leikkaussalissa anestesiassa. Toimenpide kestää vain muutaman minuutin ajan. Alle vuoden ikäiselle lapselle voidaan antaa rintamaitoa 4 tuntia tai äidinmaidon korviketta 6 tuntia ennen toimenpideaikaa. Toimenpiteen jälkeen lapsenne on yhden yön yli seurannassa osastolla. Jotta tenotomian avulla saavutettu jalkaterän asento säilyisi pysyvä, on lapsenne jalka kipsattava heti toimenpiteen jälkeen. Tämä on yleensä Ponseti-menetelmän viimeinen kipsi, jota pidetään jalassa kolme viikkoa

toimenpiteen jälkeen. Kolmen viikon kuluttua kipsi poistetaan, ja kipsihoidon aikana akillesjänne ja toimenpidearpi ovat parantuneet. Jos ennen kolmen viikon täyttymistä kipsi pehmenee tai likaantuu, vaihdetaan lapsellenne tarvittaessa uusi kipsi.

TANKOKENKÄHOITO

Tankokengät ovat erikoisvalmisteiset sandaalit, joita yhdistää tanko. Tankokenkähoito aloitetaan viimeisen kipsinpoiston yhteydessä. Tankokengät eivät korjaa jalan epämuodostumaa, vaan ylläpitävät kipsaamisen ja tenotomian avulla saavutettua asentoa. Tankokenkähoito on tärkeä ja merkittävä hoitovaihe, koska yleisimmin kampurajalan uusiutumisen taustalla on tankokenkien vääränlainen ja riittämätön ajallinen käyttö. Tämän vuoksi on erittäin tärkeää, että käytätte tankokenkiä lapsenne jaloissa saamienne ohjeiden mukaisesti.

Tanko ja kengät sovitetaan lapsenne jalkoihin sopiviksi ja teitä ohjeistetaan kenkien käytöstä. Sovittamisesta ja ohjeistamisesta vastaa apuvälineteknikko. Kenkiä yhdistävän tangon käyttäminen on välttämätöntä. Jos tankoa ei käytetä, eivät tankokengät ylläpidä jalan korjattua asentoa.

Tankokenkähoidon aloitusvaiheessa lapsenne voinnissa voi esiintyä levottomuutta muutamasta päivästä viikkoon, mikä ei välttämättä johdu kivusta, vaan siitä, että tankokenkiin totuttautuminen vie aikaa. Tottuminen tankokenkiin nopeutuu, kun teette tankokenkien pukemisesta yhteisen päivittäisen rutiinin. Leikkiminen lapsenne kanssa ja lapsenne opettaminen potkimaan molemmilla jaloilla yhtä aikaa auttaa lastanne tottumaan tankokenkien käyttöön.



Kenkiä yhdistävä tanko on helppo irrottaa ja laittaa paikoilleen painamalla kenkien pohjissa olevista kiinnikkeistä.

Tankokenkiä käytetään alkuun ympärivuorokautisesti kolmen kuukauden ajan. Kengät voidaan riisua pesujen ajaksi. Kolmen kuukauden jälkeen kenkiä käytetään vuorokaudessa yön yli 12 tuntia ja 2–4 tuntia hyödyntäen päiväuniaikoja. Kenkien käyttöä jatketaan yksilöllisesti

noin 3–5 vuoden ikään asti. Poliklinikalla arvioidaan hoidon onnistumista kuukauden ja kolmen kuukauden kuluttua hoidon alkamisesta ja sen jälkeen puolen vuoden välein. Tankokenkähoidon päättyessä seuranta tapahtuu yksilöllisesti kasvun päättymiseen asti.

IHON KUNNON SEURANTA

Lapsenne jalkojen ihon kunto tulee tarkistaa aina lapsen vaikuttaessa kivuliaalta ja ensimmäisinä päivinä hoidon aloituksesta muutaman tunnin välein. Ihon kunto on hyvä tarkistaa kenkien riisumisen yhteydessä. Lievä punoitus ihossa tankokenkien pitämisestä johtuen on normaalia ja sen pitäisi hävitä kenkien riisumisesta noin 20 minuutin kuluessa. Painehaavojen ja hankaumien syntyä estämään voidaan laittaa rakkolaastari tai ohut hydrocolloidi-levy suojaamaan lapsen herkkää ihoa.

TANKOKENKIEN PUKEMINEN

Pukiessanne tankokenkiä lapsellenne painakaa jalka kenkään, kiristäkää nilkkalenkit ja varmistaakaa, että **molemmat kantapääät pysyvät paikoillaan kengänpohjassa**. Kenkien tulee olla hyvin istuvat, jotta ne pysyvät jaloissa. Varpaat eivät saa liikkua kengissä edestakaisin ja kaikkien varpaiden tulee olla suorassa kenkien sisällä. Remmit kiristetään tiukasti, mutta verenkierto ei saa estyä. Tankokenkien alle puetaan sileät sukat, jotka peittävät koko ihoalueen kenkien alta. Jaloissa voidaan käyttää esimerkiksi eri paksuisia sileitä eli saumattomia ja kuviottomia sukkiä, froteesukkiä nurinpäin käännettyinä tai bambufroteesukkiä. Sukista varpaiden päät voidaan tarvittaessa leikata avonaisiksi, mikä helpottaa verenkierron tarkistamista. Ulkona voidaan kenkien päälle pukea esimerkiksi nahkapohjatossut ja jalkojen lämmittämiseksi säärystimet tai toppapussi.



Kengät ovat takaa avoimet, mikä helpottaa kantapään oikean asennon tarkistamista.

Tankokenkien alle puetaan sileät sukat, jotka peittävät koko ihoalueen kenkien alta.



MUITA NEUVOJA

Haaroista avautuvat vaatteet voivat olla kätevät tankokenkiä käyttävälle lapsellenne. Unipussin käytöstä voi olla apua, mikäli tanko sotkeutuu öisin peittoihin ja lakanoihin. Pinnasänkyyn voi laittaa reunapehmusteet tankojen kolinan ja tankokenkien pintojen väliin jumiutumisen estämiseksi. Tankokenkiä varten vaunujen ja kantokopan tulisi olla mahdollisimman pitkät ja leveät, jotta tankokengät mahtuvat niihin.

MILLOIN ON OTETTAVA YHTEYTTÄ?

Ottakaa rohkeasti yhteyttä lastentautien poliklinikkaan, jos teille herää lapsenne kampu-
rajalan hoitoon liittyviä huolia tai ongelmia. Erityisesti ottakaa yhteyttä, jos

- kipsihoidon aikana kipsi näyttää luiskahtaneen pois paikoiltaan, sillä varpaiden on oltava kipsin ulkopuolella
- epäilette kipsin olevan liian tiukalla
- kipsiä ympäröivä iho näyttää punoittavalta, kipeältä, haavaiselta tai ärtyneeltä
- kipsin sisältä erittyy epämiellyttävää hajua tai eritettä
- varpaiden verenkiertoa tarkistaessanne verenkierto ei palaudu normaalisti
- varpaiden väri poikkeaa tavallisesta
- varpaissa esiintyy turvotusta
- lapsellenne nousee yli 38.5 °C kuume ilman selittävää syytä kuten flunssaa.

Tankokenkähoidon aikana ottakaa yhteyttä lastentautien poliklinikalle, jos huomaatte mer-
kkejä kampu-
rajalan uusiutumista tai lapsenne jalkaan lähtee muodostumaan painehaa-
vaumaa. Kenkien jäädessä pieneksi tai rikkoutuessa ottakaa yhteyttä apuvälineteknikkoon.

YHTEYSTIEDOT

Lastentautien poliklinikan yhteystiedot:

Sairaanhoidtaja puh. 044 717 5690

Kipsimestari puh. 044 717 8729

Sihteeri puh. 017 173 473

Viikonloppuisin lasten- ja nuorten osasto:

puh. 017 172 311

Respecta apuvälineteknikko puh. 044 348 8563

VERTAISTUKEA

SKYRY- Suomen kampu-
rajalkayhdistys RY

<https://www.skyry.org/>

Invalidiliitto

<https://www.invalidiliitto.fi/>

OHJEESEEN KÄYTETYT LÄHTEET:

HUTTUNEN, Riitta 2017-06-15. Lastentautien poliklinikan sairaanhoitaja. [Suullinen tiedonanto.] Kuopio: Kuopion yliopistollinen sairaala lastentautien poliklinikka.

LOHAN, Iris 2011. Treatment Of Congenital Clubfoot Using The Ponseti Method. [Viitattu 2017-05-08]. Saatavissa:
https://global-help.org/publications/books/help_clubfoottreatmentmanual.pdf

MILLER, Betsy 2012. The parent's guide to clubfoot. 1. painos. United States of America, Ann Arbor, Michigan: Sheridan Books.

MOSCA, Vincent S. The Ponseti Method for Clubfoot Correction Information for Parents. [Viitattu 2017-05-13]. Saatavissa:
http://global-help.org/products/clubfoot_guide_for_parents/

NOH, H. ja PARK, S. 2013. Predictive factors for residual equinovarus deformity following Ponseti treatment and percutaneous Achilles tenotomy for idiopathic clubfoot. [Viitattu 2017-05-10]. Saatavissa: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.savonia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a7c0fdad-cbd9-406a-b087-b8747d8655f4%40sessionmgr102&vid=0&hid=128>

O'SHEA, R. ja SABATINI, C. 2016. What is new in idiopathic clubfoot? [Viitattu 2017-05-08]. Saatavissa:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5127955/>

SKYRY 2016. Kampurajalka. [Viitattu 2017-05-12] Saatavissa:
<https://www.skyry.org/kampurajalka/>

STAHელი, Lynn 2009. Clubfoot: Ponseti management. [Viitattu 2017-05-14] Saatavissa:
<https://pdfs.semanticscholar.org/abd7/c9782d66020d2d73041d10fa9b9d9e6161d6.pdf>

TAYS 2015. Kampurajalka. [Viitattu 2017-05-09]. Saatavissa:
<http://www.pshp.fi/fi-FI/Palvelut/Lastenkirurgia/Kampurajalka>

VANAMO, Kari 2017-07-12. Lastentautien poliklinikan lääkäri. [Suullinen tiedonanto.] Kuopio: Kuopion yliopistollinen sairaala lastentautien poliklinikka.

VLASOV, Jarmo 2017-06-15. Lastentautien poliklinikan kipsimestari. [Suullinen tiedonanto.] Kuopio: Kuopion yliopistollinen sairaala lastentautien poliklinikka.



Tekijät: Ilona Pylsy ja Senja Tavi