



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Vähäelastisen tukisiteen valinta ja käyttö alaraajojen laskimoverenkierron va-
jaatoiminnasta kärsivillä asiakkailla

2018 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Vähäelastisen tukisiteen valinta ja käyttö alaraajojen laskimove-
renkierron vajaatoiminnasta kärsivillä asiakkailla

Nummela Minna
Ruutu Maija
Sairaanhoitajakoulutus
Opinnäytetyö
Syyskuu 2018

Laurea-ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus
Sairaanhoitaja (AMK)

Tiivistelmä

Nummela Minna & Ruutu Maija

Vähäelastisen tukisiteen valinta ja käyttö alaraajojen laskimoverenkierron vajaatoiminnasta kärsivillä asiakkailla

Vuosi	2018	Sivumäärä	42
-------	------	-----------	----

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää ja havainnollistaa erilaisten elastisten tukisiteiden valintaan liittyvät kriteerit, tukisiteiden oikeaoppinen käyttö eri asiakasryhmillä sekä tukea, opastaa ja kehittää sairaanhoitajakoulutuksessa opiskelevia tukisiteiden käytössä. Opinnäytetyöhön liittyvän videon tavoitteena on tuottaa tutkittuun tietoon perustuvaa opetusmateriaalia alaraajojen laskimoverenkierron vajaatoiminnasta ja sen oireista sekä miten tukisidoksilla asiakkaan tilannetta voidaan helpottaa.

Opinnäytetyön keskeisinä aiheina oli alaraajojen laskimoiden vajaatoiminta sekä vähäelastisen tukisiteen oikeaoppinen valinta ja käyttö. Opinnäytetyössä käydään läpi alaraajojen laskimovajaatoiminnan syyt, oireet ja toteaminen sekä yleisimmät hoitomuodot. Vajaatoiminnan hoitomuodoista pääpaino on vähäelastisissa tukisiteissä, joiden valintaan ja käyttöön tulisi kiinnittää huomiota. Valitsemalla oikea tuote asiakkaan tarpeisiin ja käyttämällä sitä oikein, voidaan asiakkaan oireistoa helpottaa tehokkaasti ja samalla voidaan lisätä merkittävästi myös asiakkaan hoitomyönteisyyttä.

Opinnäytetyön tuloksena syntyvä video opastaa hoitoalan ammattilaisia sekä opiskelijoita oikeaoppiseen sidontatekniikkaan. Sidonnassa käytetään vähäelastista sidettä, jonka tarkoituksena on tukea pohjelihaspumpun toimintaa ja vähentää alaraajojen turvotusta.

Opinnäytetyön kyselytutkimuksen tulosten mukaan vähäelastisten tukisidosten sitomiseen oli eniten saatu oppia työelämästä. Kyselytutkimukseen vastanneista (N=50) 38 koki opinnäytetyön videon antaman tiedon hyödylliseksi. Aikaisempaa käytännön kokemusta vähäelastisten tukisidosten sitomisesta oli yli puolella vastaajista (N=50). Tuloksien perusteella voimme päätellä, että videosta on hyötyä opiskelijoiden lisäksi myös jo hoitoalalla työskenteleville.

Asiasanat: alaraajojen laskimovajaatoiminta, vähäelastinen tukiside, anatominen sidos

Laurea University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing
Bachelor's Thesis

Abstract

Nummela Minna & Ruutu Maija

Selection and Use of Low Elastic Support Bandage in Customers with Vascular-Circulatory Insufficiency of Lower Limbs

Year	2018	Pages	42
------	------	-------	----

The aim of this functional thesis was to find out and illustrate the criteria for choosing different types of elastic support bandages, the correct use of them for different customer groups, and to support, train and develop the training of nursing students. The objective of the video related to the thesis work is to produce a study material based on studied knowledge on the vascular- circulatory insufficiency of the lower limbs and its symptoms, and how the support bandages can facilitate the client's situation.

The main topics of thesis were the vascular- circulatory insufficiency of the lower limbs and the correct choice and use of the low elastic support bandages. The thesis deals with the causes, symptoms and diagnosis of the lower limbs vascular- circulatory insufficiency, as well as the most common therapies. The main focus of the treatment modes is in the low elastic support bandages, whose selection and use should be regarded. By choosing the correct product suiting the customer's needs and using it correctly, it is possible to relieve the client's symptoms effectively and at the same time to increase the customer's ability to cooperate.

The video associated with thesis will guide healthcare professionals and students towards the orthodox use of support bandages. The bandage used for the binding is a low elastic bandage, which will help to support the function of skeletal-muscle pump in calf and to the swelling of lower limbs.

According to the results of the thesis survey, most of the respondents have learned to use low elastic bandages at work. The respondents (N = 50) 38 thought, that the video was useful. 26 respondents had previous experience of binding low elastic bandages (N=50). Based on the results we can conclude that this teaching video is useful, not only for students, but also for those who are already in practice.

Keywords: lower body venous insufficiency, low elastic bandage, anatomical bond

Sisällysluettelo

1	Johdanto.....	6
2	Alaraajojen laskimovajaatoiminta	7
2.1	Alaraajojen laskimovajaatoiminnan yleisyys ja syyt.....	7
2.2	Laskimovajaatoiminnan oireet, luokittelu ja toteaminen	7
2.3	Laskimoperäinen säärihaava	9
3	Laskimovajaatoiminnan hoito vähäelastisilla tukisidoksilla	10
3.1	Vähäelastisten tukisidosten käytön aloitus	10
3.2	ABI-mittaus	10
3.3	Haasteet ja mahdollisuudet vähäelastisen tukisidoksen käytössä	11
4	Oikean tukisiteen ja sidosmallin valinta sekä sidoksen sitominen	12
4.1	Erilaiset tukisiteet ja -sidokset	12
4.1.1	Anatominen sidonta.....	12
4.1.2	Spiraali- ja tähkäsidos	13
4.1.3	Monikerrossidos	14
4.1.4	Kompressiosidosjärjestelmä kahdessa kerroksessa	14
5	Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	14
6	Toiminnallisen opinnäytetyön toteuttaminen.....	15
6.1	Toteuttamisen teoreettinen tausta	15
6.2	Kyselylomakkeen laatiminen	16
6.3	Kyselytutkimuksen toteutus ja eettisyys.....	17
7	Tulokset.....	17
7.1	Ennen videon näyttämistä esitettyjen kysymysten tulokset.....	17
7.2	Videon jälkeen esitettyjen kysymyksiä tulokset	20
8	Pohdinta	22
8.1	Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteiden toteutuminen.....	22
8.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	23
8.3	Oman toiminnan pohdinta	23
	Lähteet	27
	Kuvat	30
	Kuviot	31
	Liitteet.....	32

1 Johdanto

Tilastojen mukaan alaraajojen pintalaskimoiden vajaatoiminnasta kärsii keskimäärin noin 30-40% länsimaiden aikuisväestöstä. Lieviä oireita ja vähäisiä laskimolaajentumia arvellaan olevan noin 80% ihmisistä. Tästä voidaan päätellä, että alaraajojen laskimoverenkierron vajaatoiminta ja siihen liittyvät oireet ovat hyvin yleisiä. Oireiden helpottamiseen käytetään kompressiohoitoa eli tuki- ja hoitosukkia, mutta niiden käyttö ei kuitenkaan estä sairauden etenemistä. Vähäelastisilla tukisiteillä toteutettava kompressiohoito on merkittävä osa sairauden kokonaisuhoitoa ja sillä voidaan merkittävästi helpottaa asiakkaiden oloa ja parantaa samalla elämänlaatua sekä toimintakykyä. (Alaraajojen laskimovajaatoiminta online 2016.)

Tämä toiminnallinen opinnäytetyö sisältää kirjallisen osuuden sekä opetuskäyttöön tarkoitettua videon vähäelastisten tukisiteiden valinnasta ja oikeaoppisesta sitomisesta. Kirjallista osuutta varten kerättiin tutkittua tietoa tukisiteiden ja niillä toteutettujen sidosten oikeaoppisesta käytöstä. Teoreettisen osuuden tarkoitus on vastata kysymyksiin: mitä alaraajojen laskimoiden vajaatoiminnalla tarkoitetaan; mitä pitää ottaa huomioon, kun määrätään ja valitaan vähäelastiset tukisiteet; mikä on oikeaoppinen sidontatyyli eri sidoksille; miten ohjataan asiakasta tukisidosten käytössä sekä miten asiakas hyötyy parhaiten vähäelastisen tukisidoksen käytöstä?

Toiminnallisen opinnäytetyön aihe tuli Porvoon kampuksen hoitotyön lehtorilta, joka esitti toiveen, että opiskelijat tekisivät opinnäytetyön, johon sisältyisi opetusvideo vähäelastisten tukisidosten oikeaoppisesta käytöstä. Opinnäytetyön painopisteinä ovat vähäelastisilla tukisiteillä toteutetut tukisidokset ja alaraajojen laskimovajaatoiminta.

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää ja havainnollistaa erilaisten elastisten tukisiteiden valintaan liittyvät kriteerit, tukisiteiden oikeaoppinen käyttö eri asiakasryhmillä sekä tukea, opastaa ja kehittää sairaanhoitajakoulutuksessa opiskelevia tukisiteiden käytössä. Tavoitteena on tuottaa tutkittuun tietoon perustuvaa opetusmateriaalia alaraajojen laskimoverenkierron vajaatoiminnasta ja sen oireista sekä miten tukisidoksilla asiakkaan tilannetta voidaan helpottaa.

2 Alaraajojen laskimovajaatoiminta

2.1 Alaraajojen laskimovajaatoiminnan yleisyys ja syyt

Alaraajojen pintalaskimoiden vajaatoiminnasta kärsii keskimäärin noin 30-40% länsimaiden aikuisväestöstä. Lievistä oireista ja vähäisistä laskimolaaantumista kärsii jopa 80% ihmisistä. (Alaraajojen laskimovajaatoiminta online 2016.)

Asiakkaan alaraajojen turvotuksen tavallisin syy on synnynnäinen laskimoläppien heikkous tai laskimoiden liian korkea verenpaine. Jos asiakkaan laskimoläpät eivät toimi kunnolla, kertyy alaraajoihin nestettä ja veri ei pääse palautumaan laskimoista tarpeeksi nopeasti takaisin, vaan se jää laskimoihin liian pitkäksi aikaa. Kun laskimoiden paine kasvaa, laskimoissa neste pääsee tihkumaan hiussuonista ympäröiviin kudoksiin. (Tiura & Vähäkyttä 2016.) Muita alaraajaturvotuksen ja laskimoiden vajaatoiminnan syntyyn vaikuttavia tekijöitä ovat raskaus, jolloin usein laskimoiden paluuvirtaus estyy sekä esimerkiksi raskauteen liittyvät hormonaaliset tekijät, joiden seurauksena sidekudosten rakenne heikkenee. Ylipaino voi myös edesauttaa laskimovajaatoiminnan kehittymistä, koska se lisää alaraajojen kuormitusta. Myös pinnallinen tai syvä laskimotukos sekä imusuoniston synnynnäinen tai sekundaarinen vaurio voivat olla sellittäviä tekijöitä. Tietyt sairaudet, kuten sydämen vajaatoiminta, voivat myös johtaa alaraajojen laskimoiden vajaatoimintaan. (Saarikoski, Stolt & Liukkonen 2012.)

Alaraajojen laskimoverenkierron vajaatoiminta ja siihen liittyvät oireet ovat hyvin yleisiä. Oireiden helpottamiseen käytetään kompressiohoitoa eli tuki- ja hoitosukkia, mutta niiden käyttö ei kuitenkaan estä sairauden etenemistä. Kompressiohoito on merkittävä osa sairauden kokonaishoitoa. (Alaraajojen laskimovajaatoiminta online 2016.)

2.2 Laskimovajaatoiminnan oireet, luokittelu ja toteaminen

Laskimoiden vajaatoimintaan liittyvät oireet ja löydökset voivat ilmentyä vähitellen. Yleisimpiä oireita ovat alaraajojen turvotus, lisääntyneet suonenedot, särky, kiristyksen tunne sekä raajojen väsyminen ja puutumisen. Ihon pigmenttimuutokset, kutiava ihottuma, näkyvät suonikohjut sekä ihonalaisen kudoksen kovettuminen ja arpeutuminen ovat myös laskimoiden vajaatoiminnan oireita. (Saarikoski ym. 2012.)

1980-luvulla yleistynyt ultraäänidiagnostiikka johti uudenlaiseen ymmärrykseen laskimovajaatoiminnan etiologiassa. Laskimodiagnostiikan kulmakivenä voitaneen pitää CEAP-luokitusta (Comprehensive Classification System for Chronic Venous Disorders), jonka kehitti AVF:n

(American Venous Forum) asettama kansainvälinen työryhmä jo vuonna 1994. (Juutilainen & Hietanen 2012.) Kuvassa 1. näkyvän, vuonna 2014 päivitetyn, luokituksen tavoitteena on yhdenmukaistaa laskimovajaatoimintaa koskevaa tutkimusta ja sen raportointia sekä toisaalstsystematisoida asiakkaan kliinistä arviointia käytännön työssä. (Viljamaa 2014.)

C ₀	ei näkyviä tai palpoituvia laskimotaudin merkkejä
C ₁	teleangiektasioita tai retikulaarisia laskimoita
C ₂	suonikohjuja
C ₃	turvotusta
C ₄	ihon ja ihonalaiskudoksen muutoksia C _{4a} pigmentaatio tai ekseema C _{4b} lipodermatoskleroosi tai atrophie blanche (valkosurkastuma)
C ₅	parantunut laskimohaava
C ₆	avoin laskimohaava

Kuva 1. Laskimosairauden vaikeusasteen luokitus, CEAP- luokitus, kliiniset luokat C0-6. (Viljamaa. 2014).

Luokista C1-3 käytetään yleensä nimitystä komplisoitumaton laskimovajaatoiminta, kun taas luokista C4-6 käytetään nimitystä komplisoitunut laskimovajaatoiminta. C1 kohdassa mainittu teleangiektasiat ovat toisiinsa yhdistyneitä ihonalaisia laskimoita, joiden halkaisija on alle 1 mm. Retikulaariset laskimot taas ovat yli 1 mm, mutta alle 3 mm halkaisijaltaan olevia laajentuneita subdermaalisia laskimoita. Suonikohjut ovat yleensä ihonalaisia, mutkittelevia ja laajentuneita laskimoita, joiden halkaisija on yli 3 mm. Niiden ilmaantuminen ei välttämättä kerro alaraajojen heikentyneestä laskimotoinnasta. Turvotuksella tarkoitetaan jaloissa esiintyvää laskimoperäistä turvotusta. Mikäli raajasta ei löydy muita laskimovajaatoiminnan oireita, ei diagnoosia voida tehdä pelkän turvotuksen perusteella. C4 kertoo laskimovajaatoiminnan vakavuudesta. Näihin kliinisiin muutoksiin liittyy usein jo laskimohaavan riski. Laskimovajaatoimintaan liittyy usein ekseema, josta voidaan käyttää myös nimitystä staasiekseema. Pigmentaatiolla tarkoitetaan yleensä nilkan alueen yhtenäistä ihonvärin muutosta. Lipodermatoskleroosi eli ihonalaiskudoksen kovettuma on ihon ja ihonalaiskerrosten pysyvä muutos. Sitä saattaa edeltää diffuusi, joka on aristava tulehduksellinen turvotus. (Viljamaa 2014.)

Pitkään kestänyt alaraajojen laskimoiden vajaatoiminta voi aiheuttaa vaikea-asteisen vajaatoiminnan ja siitä johtuvan säärihaavan sekä muita laskimosairauksia, kuten pinnallisen laskimotulehduksen. Syvä ja pinnallinen laskimotukos sekä imusuoniston vajaatoiminta voivat myös olla seurausta alaraajojen laskimoiden vajaatoiminnasta. (Saarikoski ym 2012.)

2.3 Laskimoperäinen säärihaava

Tutkimusten mukaan valtaosa kroonisista alaraajahaavoista on laskimovajaatoiminnan aiheuttamia ja niiden hoidon perustana ovat turvotuksen hallinta ja laskimotoimenpiteet. Laskimohaava ja muut laskimovajaatoimintaan liittyvät ihomuutokset ovat usein seurausta laskimohypertensiosta eli laskimopaineen kohoamisesta, jonka tavallisin syy on laskimorefluksi eli veren takaisinvirtaus laskimoissa, joiden läpät ovat vaurioituneet. (Krooninen alaraajahaava online 2014.)

Laskimoperäinen säärihaava ei ole ainoastaan vanhusten tauti, vaikka suurin osa siitä kärsivistä onkin iältään 70-77 vuotiaita. Pitkittänyt säärihaava johtaa yleensä korjaantumattomiin ihomuutoksiin ja jopa jonkin asteiseen invaliditeettiin. Laskimoperäisten säärihaavojen hoito sitoo paljon resursseja niin kotihoidossa kun sairaaloissakin. Alaraaja joudutaan kuitenkin hyvin harvoin amputoimaan laskimoperäisen säärihaavan vuoksi. (Juutilainen & Hietanen 2012.)

Laskimoperäinen säärihaava sijaitsee yleensä alueella, jossa laskimopaine on korkein. Tämä alue sijaitsee säären alakolmanneksen alueella. Kohonnut laskimopaine voi olla seurausta pinnallisissa, syvissä tai yhdyslaskimoissa tapahtuvasta takaisinvirtauksesta, tukoksista tai ahtauksista. Alentunut keuhkojen toiminta, ylipaino ja sydämen vajaatoiminta huonontavat laskimopaluuta ja lisäävät turvotustaipumusta. Kohonnut laskimopaine johtaa punasolujen ja makromolekyylin siirtymiseen suonien ulkopuolelle, jolloin ne aiheuttavat tulehduksellisen reaktion. Tämän seurauksena paikallinen kudosturvotus lisääntyy ja solujen hapensaanti heikkenee, jolloin iholle aukeaa haava ilman varsinaista traumaa tai hyvin vähäisestä traumasta. Ellei laskimopaineeseen ja turvotukseen puututa, haava ei parane vaan suurenee entisestään. Raajan turvotuksen lisäksi ihossa ja ihonalaiskudoksissa on yleensä havaittavissa pigmentoitumista, kovettumista sekä paksuuntumista. Useissa tapauksissa haava on pinnallinen eikä ulotu luihin tai jänteisiin asti. Haava voi olla kivuton tai kivulias ja sen muoto sekä koko voi vaihdella. Joissakin tapauksissa haavoja voi olla useita ja ne voivat ulottua säären ympäri. Nekroottisen kudoksen lisääntyminen ja haavan syveneminen voi olla merkki iskeemisestä taustasta. (Juutilainen & Hietanen, 2012.)

3 Laskimovajaatoiminnan hoito vähäelastisilla tukisidoksilla

3.1 Vähäelastisten tukisidosten käytön aloitus

Ennen hoidon aloittamista tarkistetaan lääkitys ja arvioidaan nesteenpoistolääkityksen tarve. Ennen vähäelastisen tukisidoksen käyttöä on tutkittava asiakas kokonaisvaltaisesti. Asiakkaan sairauden historia ja lääkitys selvitetään. On tärkeää selvittää, onko asiakkaalla ollut aikaisemmin laskimotukoksia, suonikohjuja, ihottumaa ja turvotusta säärissä. Myös aikaisemmat laskimokirurgiset toimenpiteet selvitetään. Tukisidoksen käytön määrää aina lääkäri. (Kuivainen-Kalliomäki 2013.)

Asiakkaan aistimaan kipuun on suhtauduttava vakavasti ja muistettava hyvä kivun hoito. Vähäelastinen tukisidos on hoidon kulmakivi etenkin asiakkailla, joilla on laskimonperäinen haava. Säännöllisesti tapahtuvalla kompressiohoidolla voidaan myös ehkäistä haavojen uusiutuminen. (Halmesmäki, Eskelinen, Isoherranen & Saarinen 2017.)

Vähäelastisia tukisidoksia käytetään, jotta voidaan tukea veren takaisinvirtausta alaraajoista. Vähäelastiset tukisidokset vähentävät kipua sekä laskevat turvotusta ja painetta alaraajoissa. Vähäelastisten tukisidosten käytöllä pyritään myös ehkäisemään vajaatoiminnasta syntyvää kudosuutosta tai korjaamaan jo syntynyttä kudosuutosta. Lisäksi vähäelastisilla tukisidoksilla pyritään ehkäisemään säärihaavan syntymistä. (Soleus proteor 2018; Duodecim 2016.)

Tärkein hoidollinen toimenpide laskimohaavan ehkäisyssä ja hoidossa on sääriturvotuksen poistaminen. Vaikean turvotuksen poistoon suositellaan ensisijaisesti vuorokauden mittaista kohohoitoa. Turvotuksen estohoidossa voidaan käyttää vähä-, keski- ja runsaselastisella siteellä toteutettua sidosta tai pohjepituista lääkinnällistä hoitosukkaa. Edellä mainittujen tuotteiden tehokkuudessa ei ole todistettu selviä eroja, mutta monikerrosside on näistä kustannustehokkain. (Krooninen alaraajahaava online 2014.)

3.2 ABI-mittaus

ABI- mittaus (ankle- brachial- index) määrittely on tärkeä osa alaraajojen valtimoverenkierron häiriöiden selvittelyä. Mittaus olisi syytä tehdä kaikille, joilla on perifeerisen valtimosairauden oireita. Alaraajojen valtimopaine mitataan levossa, ennen kuin asiakkaalle määrätään tukisidosten käyttöä. ABI-mittauksella voidaan selvittää alaraajojen verenkierron tilaa. Tutkimus kestää noin ½ -1 tuntia. Mittauksen aikana on tärkeää olla liikkumatta makuullaan kädet rentoina ja käsien ja jalkojen on oltava suorana. Ennen tutkimusta noudatetaan esivalmisteluohjeita, jotta tutkimustulos on luotettava. (Vaasan keskussairaala.)

4 Oikean tukisiteen ja sidosmallin valinta sekä sidoksen sitominen

4.1 Erilaiset tukisiteet ja -sidokset

Markkinoilla on suuri määrä eri valmistajien ja maahantuojien vähä- ja runsaselastisia siteitä, jotka on tarkoitettu laskimoverenkierron vajaatoiminnasta ja muista häiriöistä kärsiville asiakkaille (liite 1). Sidettä valittaessa on otettava huomioon asiakkaan kunto, liikuntakyky, raajan koko, sidoksen käyttötarkoitus ja taloudellisuus, sitoja ja sidoksen sidontamalli. Tuki- sidoksen sidontamallin valintaan vaikuttaa valittu side, asiakkaan liikuntakyky sekä yleiskunto. Sidontamalleja ovat anatominen-, spiraali- ja tähkämalli. (Duodecim. 2016; Suomen Haavahoito Yhdistys SHHY 2015.)

Kun tukisidonta aloitetaan, on huomioitava jalkojen turvotus ja sidoksen on oltava napakka jalassa, jotta asiakas hyötyy siitä. Sidonta ei saa olla niin tiukka, että asiakkaan varpaiden väri muuttuu siniseksi tai kalpeaksi. Kipu raajassa tai raajan lämpötilan laskeminen on merkki liian kireästä sidoksesta. Tarpeen vaatiessa tukisidoksen voi poistaa ja laittaa uudelleen asiakkaalle. Uusi sidonta tehdään, jos asiakkaan sidos on löysä tai liian tiukka. Eritoten alkuvaiheessa sidontaa joudutaan uusimaan turvotuksen laskiessa. Ennen uudelleensidontaa asiakkaan jalkaa ei saa roikottaa, vaan jalka pidetään vaakatasossa tai kohoasennossa, kunnes uusi sidos laitetaan. Kun sidoksien elastisuus heikkenee, ne vaihdetaan uusiin. Tukisiteet pestään aina tarpeen vaatiessa. Sidos ei saa olla este normaalille liikkumiselle. Jos asiakkaan verenkierto valtimoissa on riittävä, voidaan sidontaa pitää myös öisin. (Duodecum 2016; Hietanen 2017.)

4.1.1 Anatominen sidonta

Anatominen sidos sidotaan vähäelastisella siteellä ja se laitetaan jalkaan ennen kun asiakas nousee jaloilleen sängystä aamulla. Siteitä on kahta eri leveyttä, joista kapeampi on 5-8 cm leveä ja leveämpi 10-12 cm leveä. Useimmiten asiakkaalle laitetaan yksi kapeampi side ja yksi leveä side. Jos asiakkaan pohje on kovin kapea, laitetaan kaksi kapeaa sidettä. Lisäksi tarvitaan kipsivanua tai jotain muuta pehmustemateriaalia ja silkkiteippiä. Ulkonevat luut pehmustetaan ennen tukisidoksen aloittamista (nilkan etuosaan ja sääriluun päälle.) Tuki- sidoksen alle olisi hyvä asettaa putkisukka, joka suojaa mahdollisia alla olevia sidoksia ja ihoa. (Duodecum. 2016.)

Sitominen aloitetaan varpaiden tyvestä kapeammalla siteellä. Rullan kiertosuunta on ulkoreunalta sisäänpäin; rulla aukeaa ulospäin. Nilkan tulee olla 90°:n kulmassa. Kantapää lukitaan napakasti sitomalla myötäillen jalan mallia. Kantapää olisi hyvä sitoa yhdellä napakalla kieroksella, jotta kiertoja ei tulisi nilkkaan liikaa, jotta nilkan liikkuvuus ei rajoitu. Tukisidos myötäilee säären anatomiaa ja sidottaessa sitä venytetään tasaisesti molemmista reunoista.

Sidonta nousee jatkuvana ylös, kohti polvea ja sitä kevennetään asteittain polvea kohden mennessä. Sidos kulkee tasaisesti ja rypyttömästi koko matkan ihon pintaa myötäillen. Ensimmäinen siderulla kieritetään nilkasta kohti polvea ja siderullan loputtua sen päätä ei taiteta, vaan se kiinnitetään tasaisesti teipillä. (Duodecum. 2016.)

Toinen kierros aloitetaan nilkasta leveämmällä vähäelastisella siderullalla. Sidottaessa paine alenee asteittain kohti polvitaivetta mentäessä ja sidos myötäilee asiakkaan pohkeen anatomiaa. Sidoksen tulee jäädä aina asiakkaan polvitaiveen alle noin 2 cm. Lopputuloksen tulisi olla kuvan mukainen. Sidos ei saa mennä mutkalle tai möykyille, jotta asiakkaalle ei synny painehaavaumaa. (Suomen Haavahoito yhdistys 2015.)



Kuva 2. Anatominen sidonta. (Liupakka 2013.)

4.1.2 Spiraali- ja tähkäsidokset

Näissä sidoksissa käytetään yleensä runsaselastista sidettä. Hietanen (2017) nostaa esille runsaselastisen sidoksen sopivan asiakkaille, joilla on pohjelihaspumpun toimintapuutosta. Runselastisella sidoksella saadaan voimakas puristus asiakkaan sääreen. Sidosta ei voi pitää öisin. Sidonnassa käytetään kuvan mukaista spiraali- tai tähkämallista sidontaa. (Hietanen 2017.)



Kuva 3. Spiraali- ja tähkäsidokset. (Liupakka. 2013.)

4.1.3 Monikerrossidos

Monikerrossidosta suositellaan asiakkaille, joilla on runsasta turvotusta alaraajoissa. Paineen kumuloimiseksi sidonta tehdään kerroksittain 3-4 kerroksessa. Sidomateriaali voi olla joustamatonta tai elastista. Monikerrossidoksen tekemiseen voidaan käyttää kreppisiteitä ja itsestään tarttuvia siteitä. Monikerrossidos on tukeva ja pysyy hyvin paikoillaan. Sidosta voidaan pitää paikoillaan jopa viikon ajan. Monikerrossidontaa ei suositella diabetesta sairastaville asiakkaille, joilla on valtimoverenkierrossa häiriötä. Kuvan 4. mukainen monikerrossidonta on Hietasen mukaan kustannustehokasta. Monikerrossidoksen haittapuolia on helposti allergisoiva kumi, jota voi olla siteessä mukana. (Hietanen 2017.)



Kuva 4. Monikerrossidos. (Liupakka 2013.)

4.1.4 Kompressiosidosjärjestelmä kahdessa kerroksessa

Hietanen (2017) nostaa esille kaksikerroksisen kompressiosidoksen sopivan hyvin asiakkaille, jotka ovat liikkuvia. Sidontaa voidaan laittaa asiakkaille, joiden ABI on yli 0,8. Sidos on helppo asettaa ja sitä voidaan pitää paikoillaan yhtäjaksoisesti viikon verran ilman sidoksen valmistusta. Kaksikerroksisella kompressiosidoksella saadaan aikaiseksi hyvä puristus, mutta sidontaa voidaan käyttää myös kevyemmän puristuksen aikaan saamiseksi. (Hietanen 2017.)

5 Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää ja havainnollistaa erilaisten elastisten tukisiteiden valintaan liittyvät kriteerit, tukisiteiden oikeaoppinen käyttö eri asiakasryhmillä sekä tukea, opastaa ja kehittää sairaanhoitajakoulutuksessa opiskelevia tukisiteiden käytössä. Opinnäytetyöhön liittyvän videon tavoitteena on tuottaa tutkittuun tietoon perustuvaa opetusmateriaalia alaraajojen laskimoverenkierron vajaatoiminnasta ja sen oireista sekä siitä, miten tukisidoksilla asiakkaan tilannetta voidaan helpottaa.

6 Toiminnallisen opinnäytetyön toteuttaminen

6.1 Toteuttamisen teoreettinen tausta

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena syntyneen videon arviointiin käytetään kyse-lylomaketta. Kvantatiivinen tutkimus tarkoittaa määreellistä tutkimusta. Kvantatiivisen tutkimuksen tarkoitus on laskea määreitä. Tutkimuksessa saatuja tuloksia esitellään tilastollisin menetelmin. Kvantatiivinen tutkimus tarvitsee riittävän suuren määrän aineistoa, jotta sitä voidaan pitää luotettavana. Tutkimustulos perustuu kerätyn aineiston yhdenmukaisuuteen. Kvantatiivisessa tutkimus menetelmässä tavoite on mitata ilmiötä niin, että sen voi myöhemmin muuttaa numeraaliseen muotoon. Kohde-ryhmä, jolle määreellinen tutkimus tehdään, tulisi kuvata ja määritellä hyvin. (Aalto & Valli 2015, Kananen 2008; Luoto 2009.)

Kun tutkitaan kvantatiivisesti, on pohdittava myös tuloksen reliabiliteettiä ja validiteettiä. Reliabilitetti tarkoittaa sitä, miten luotettavasti sekä toistuvasti tutkimuksessa käytetty mittari mittaa haluttua ilmiötä. Reliabiliteetin avulla voimme myös pohtia, missä olosuhteissa tutkimuksessa käytetty metodi on luotettava niissä tapauksissa, joissa jokin tietty kysymys tutkimuslomakkeessa tuottaa ennalta-arvattavia tuloksia. Vastaus ei välttämättä silloin ole luotettava. Validiteetilla halutaan kertoa miten hyvin tutkimuksessa käytössä ollut mittausmenetelmä mittaa juuri tutkittavan ilmiön ominaisuutta, mitä on tutkimuksessa tarkoituskin mitata. (Tilastokeskus; Saarinen- Kauppinen & Puusniekka 2016.)

Opetus on itsessään monimuotoinen ilmiö. Opetuksen käsite lienee pedagogiikan vanhimpia ja keskeisimpiä käsitteitä. Historian kirjoissa kasvatuksessa on kyse ensisijaisesti opettamisesta. Käsitteenä opetus pitää sisällään idean ohjauksesta, opastuksesta, tien osoittamisesta ja oppijoiden neuvomisesta oikeaan suuntaan. (Korpi, Kärkkäinen & Välinne 2013.)

Opetuksen tavoitteena on muodostaa laaja yleissivistys, avartaa oppijan maailmankuvaa ja samalla syventää sitä. Lisäksi opetuksen tulee sisältää kokemuksesta kulttuurin ja taiteiden alalta. Opetus vahvistaa oppijan ajattelua ja vahvistaa uuden oppimista. Opettamisella opetetaan vuorovaikutustaitoja, motivoidaan oppijaa, sekä opiskellaan yhteistyön taitoja. Samalla edistetään opiskelijan terveyttä, hyvinvointia, turvallisuutta kehittämällä valmiuksia näihin liittyen. Kaikki opetettava tieto tulee perustua tutkittuun tieteelliseen tietoon. (Gustaffson & Pirhonen 2012.)

Sosiokonstruktiivinen oppiminen on käänteisen oppimisen pohja. Humaloja, Peura & Toivola (2017) nostavat esille videon olevan käänteisen opetuksen elementti. Käänteisellä oppimisella pyritään ammatilliseen kehitykseen. Jokaisen oppijan ei tarvitse oppia asiaa samalla kertaa, vaan he voivat palata videon avulla oppimaan asiaa uudelleen. Humaloja ym. korostavat, että videon avulla voidaan kiinnittää huomio opiskelijoiden autonomiaan, sitoutumiseen

ja opiskelijakeskeisyyteen. Käänteinen oppiminen auttaa opiskelijaa itseohjautuvuuteen sekä oppimiskeskineen oppimiskulttuuri kasvaa, tukien pedagogisessa mielessä valinnanvapautta. Näin oppiminen voimaannuttaa opiskelijaa. (Humaloja ym. 2017.)

Opetuskäyttöön suunnattu video perustuu empiristis- behavioristiseen opetusmenetelmään, jossa opettaja voi käyttää videota oppimiseen, herättäen ärsykereaktiota ja edesauttaen assosiaatioiden muodostumista. Videon tarkoituksena on opettaen ja havainnollistaen muodostaa tavoitteiden mukaista, virikkeellistä ja oikean suuntaista reaktiota. (Koppa 2010.)

Opetus-oppimis-prosessin elementit ovat reaktio ja ärsyke. Uusikylä ja Atjonen (2005.) nostavat esille, että sopivan virikkeen saadessaan opiskelijan oppimisreaktio käynnistyy. Videon tarkoituksena on opettaen ja havainnollistaen muodostaa tavoitteiden mukaista, virikkeellistä ja oikean suuntaista reaktiota. (Humaloja ym. 2017; Uusikylä & Atjonen 2005.)

Video kuvataan Laurean Porvoon kampuksella. Videolla esiintyvät henkilöt ovat tämän opin- näytetyön tekijät Maija Ruutu ja Minna Nummela. Videon kuvaajana, editoijana ja kertojana toimi Caius Nummela. Yhteistyökumppanina toimi Osku mediatalo Kotkasta, joka lainasi kuvauskaluston. Videossa soivaan musiikkiin on ostettu oikeudet. Videon storyboard ja käsikirjoitus ovat liitteenä. (Liite 2. ja Liite 3.)

6.2 Kyselylomakkeen laatiminen

Tässä toiminnallisessa opinnäytetyössä olemme keränneet aineistoa kyselytutkimuksen avulla, joka on perinteinen tapa kerätä aineistoa. Kyselylomake voidaan jakaa sähköpostin tai kirje- postin välityksellä tai se voidaan toimittaa vastaajalle henkilökohtaisesti. Kyselylomakkeeseen vastataan ja sen jälkeen se toimitetaan kyselyn tekijälle tai kerätään takaisin. Kohderyhmä, joka vastaa kyselyyn, vastaa kyselylomakkeessa esitettyihin kysymyksiin yleensä samanaikai- sesti. Kyselyn muoto vaihtelee sen tarkoituksen ja kohderyhmän mukaisti. Kyselytutkimus on yhä yksi käytetyimmistä tutkimusmetodeista. Kyselylomake laaditaan teoreettisen tiedon poh- jalta. Kyselylomaketta laadittaessa on pohdittava, miten asia on mitattavissa. Tutkimus- kohde määrittelee, miten mittari rakennetaan. Kyselytutkimus rakentuu osista, joista vas- taaja valitsee valmiista pohjasta oman vastauksensa. Kun kysely on tehty, tutkijat syöttävät vastaukset valmiiksi määriteltyihin luokkiin. Jos kyselytutkimuksessa on mukana avoimia kysy- myksiä, on hyvä suunnitella jo etukäteen niiden käyttö. Myöhäisemmässä vaiheessa avointen kysymysten analysointi voi tuottaa ongelmia. On tärkeä laatia jonkinlainen suunnitelma niiden hallinnan ja analysoinnin kannalta. Kysymysten tulisi olla yksiselitteisiä ja johdonmukaisia, jotta kyselyyn vastanneet ymmärtävät, mitä tutkija on tarkoittanut. Itse kyselytutkimuksen lomakkeen tulisi kommunikoida vastaajan kanssa, niin että kyselylomake on laadittu vastaa- jan lähtökohtia ajatellen. (Aalto & Valli. 2015; Kananen 2008; Luoto 2009.)

6.3 Kyselytutkimuksen toteutus ja eettisyys

Pyysimme Kannelmäen kotihoidon esimieheltä kirjallisen luvan (liite 6) kyselytutkimustamme varten. Videon vaikuttavuutta arvioidaan kyselylomakkeilla (liite 4 ja liite 5). Valmis video esitetään Helsingin Kannelmäen kotihoidon työntekijöille sekä Laurean ensimmäisen vuoden sairaanhoitaja opiskelijoille. Kerromme ennen kyselytutkimuksen aloittamista suullisesti tutkimukseen sisällön ja olimme myös kirjoittaneet kyselylomakkeisiin, mihin tutkimusaineistoa käytämme. Annamme myös mahdollisuuden olla vastaamatta kyselylomakkeen kysymyksiin, jos joku ei halua osallistua tutkimukseemme. Jokainen tutkimukseen osallistuja vastaa kyselylomakkeeseen nimettömänä. Keräämme aineistomme saman aikaisesti pois, jotta emme pystyneet kohdentamaan vastauksia henkilöihin. Kunnioitamme tutkimukseen vastanneiden yksityisyyttä sekä itsemääräämisoikeutta. Vastajia pyydetään vastaamaan ensimmäisen kyselyn kysymyksiin ennen videon esittämistä. Tällä pyrimme selvittämään, mihin ammattiryhmään vastaajat kuuluvat ja kuinka paljon arviointiryhmän jäsenillä on kokemusta vähäelastisten sidosten käytöstä. Videon katsomisen jälkeen pyydämme arviointiryhmän jäseniä vastaamaan toisen paperin kysymyksiin, joilla pyrimme selvittämään opetusvideon välittömiä vaikutuksia vähäelastisten tukisidosten valintaan ja käyttöön liittyen. Lisäksi pyydämme kirjallista palautetta videosta ja sen sisällöstä.

Kyselylomakkeiden tuloksien analysointi tehdään heti kyselyä seuraavana päivänä. Kyselylomakkeet lajitellaan niin, että Laurean ja kotihoidon vastauslomakkeet ovat erillään. Tulokset siirretään tukkimiehen kirjanpitona tyhjälle lomakkeelle, jonka jälkeen niiden paikkaansa pitävyyden tarkistaa freelance-toimittaja Petri Nummela. Tämän jälkeen vastaukset siirretään excel pohjaisiin diagrammeihin. Kyselylomakkeiden vastaukset esitetään diagrammeissa prosentteina.

7 Tulokset

7.1 Ennen videon näyttämistä esitettyjen kysymysten tulokset

Ennen videota esitettyihin kysymyksiin saimme yhteensä 50 vastausta (N=50). Näistä 30 tuli Laurean Ammattikorkeakoulun opiskelijoilta sekä opettajalta ja 20 kotihoidon työntekijöiltä. Kuviossa 1. näkyy vastaajien N= 50 koulutus jakauma prosentteina. Suurin osa kyselyyn vastanneista oli lähihoitajia (48%).

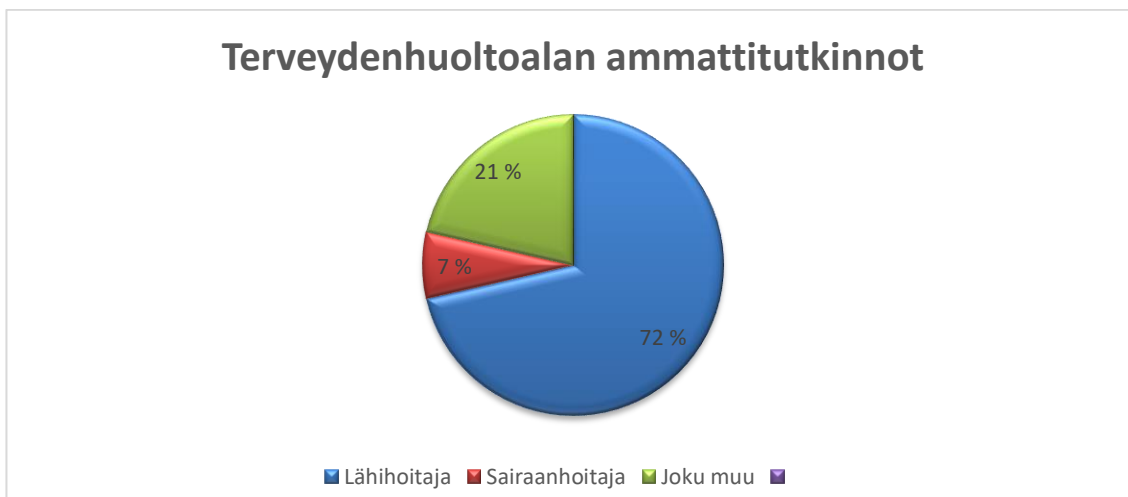


Kuvio 1. Vastaajien koulutus (N= 50) prosentteina.

Laurean Ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoista 13:lla ei ollut muuta hoitoalantutkintoa. Pohjatutkintona oli 15:llä lähihoitajan tutkinto ja yhdellä fysioterapeutin tutkinto. Yksi Laurean vastaajista oli hoitotieteen lehtori. Kotihoidon työntekijöiden vastaajista sairaanhoitajaopiskelijoita, joilla on aiempi hoitoalantutkinto, oli kuusi. Vastanneista terveydenhuoltoalan ammattilaisista lähihoitajia oli yhdeksän ja sairaanhoitajia yksi. Lisäksi vastaajissa oli yksi lähihoitajaopiskelija, yksi teologian maisteri sekä yksi kesätyöntekijä. Vastaajien koulutus selviää kuvioissa 2 ja 3.



Kuvio 2. Sairaanhoitajaopiskelijoiden (N=30) aikaisempi hoitoalan tutkinto prosentteina.



Kuvio 3: Hoitoalan ammattitutkinnot (N=20) prosentteina.

Kysyttäessä vastaajilta, miksi vähäelastisia tukisidoksia käytetään, vastauksien kirjo oli laaja. Molemmissa ryhmissä suurin osa oli sitä mieltä, että vähäelastisia tukisidoksia käytetään jalkojen turvotuksen ehkäisyyn ja hoitoon, alaraajojen verenkierron parantamiseen, säärihaavahoidon tukena sekä laskimotukoksien ehkäisyyn. Kotihoidon työntekijöiden N=20 mukaan vähäelastisia tukisidoksia käytetään myös nesteen poistoon, ortostaattisen verenpaineen hoitoon sekä nivelrikon ja polviluksaation hoitoon. Laurean ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoiden N=30 vastauksien joukosta erottui nyrjähdyksien hoito sekä raajan liikkumattomaksi tekeminen. Moni lähihoitaja taustainen sairaanhoitajaopiskelija ei ollut osannut vastata kysymykseen tai vastaus oli väärä.

Laurean ammattikorkeakoulun 30:sta vastaajasta yhdeksällä oli aiempaa kokemusta vähäelastisten tukisidosten sitomisesta, kun taas kotihoidon 20:sta vastanneesta työntekijästä 17 kertoi omaavansa kokemusta asiasta. Vastaajien kokemus vähäelastisen sidoksen sitomisesta selviää kuviosta 4.



Kuvio 4. Vastaajien (N=50) käytännön kokemus vähäelastisten sidosten sitomisesta prosentteina.

Sidosten tekemistä oli kyselyn mukaan harjoiteltu eniten työelämässä. Laurean ammattikorkeakoulun vastaajista kymmenen oli saanut kokemusta työelämässä ja kuusi terveydenalan oppilaitoksessa. Kaksi vastasi oppineensa sidontaa armeijassa ja yksi kaverin leikkaushaavan kotihoidossa. Kotihoidon vastaajista 13 oli saanut kokemusta työssään ja seitsemän terveydenhuoltoajan oppilaitoksessa. Yksi kertoi saaneensa kokemusta iho- ja allergiasairaalasta. 10 vastaajaa ei vastannut kyselylomakkeessa tähän kysymykseen. Vastaajien kokemukset sidonnan oppimisesta selviää kuviossa 5.



Kuvio 5. Vastaajien (N=40) sidosten tekemisen oppimisaika prosentteina.

7.2 Videon jälkeen esitettyjen kysymysten tulokset

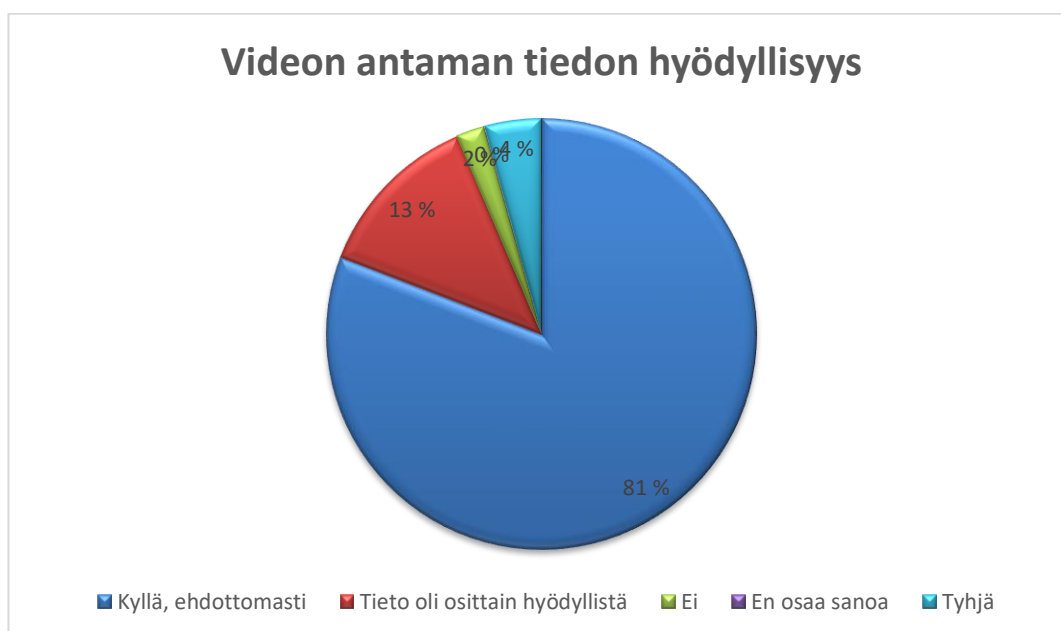
Videon jälkeen esitettyihin kysymyksiin saimme yhteensä 47 vastausta (N=47). Vastauksista 30 tuli Laurea ammattikorkeakoulusta ja 17 kotihoidosta. Kolme vastaajaa ei halunnut vastata videon jälkeen esitettyihin kysymyksiin.

Kaikista 47:stä vastaajista 16 oli sitä mieltä, että videosta sai paljon uutta tietoa. Näistä Laurean ammattikorkeakoulun vastaajia oli 12, kotihoidon vastaajia neljä. Jonkin verran uutta tietoa kertoi saaneensa yhteensä 21 vastaajaa, joista Laurean vastaajia oli 15 ja kotihoidon kuusi. Molempien ryhmien vastaajista yksi ei ollut saanut mitään uutta tietoa videosta.



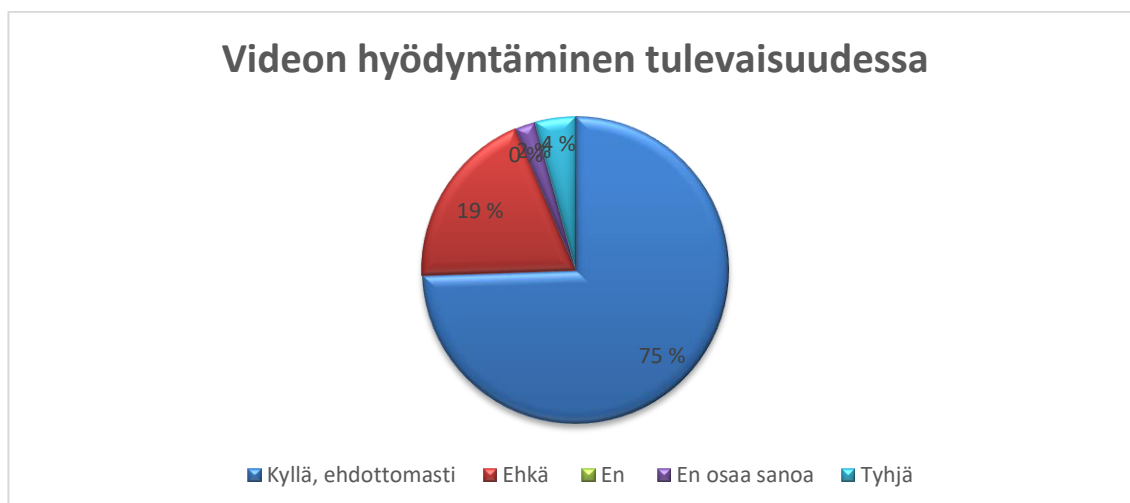
Kuvio 6. Videosta saatu uusi tieto (N= 47).

Kuten seuraavalla sivulla olevasta diagrammista selviää, kaikista 47:stä vastaajasta 38 oli sitä mieltä, että videon antama tieto oli hyödyllistä. Jakauma vastaajaryhmien kesken videon hyödyllisyydestä oli Laurean ammattikorkeakoulu 25, kotihoito 13. Osittain hyödyllisenä videota piti 6 vastaajaa ja yhden vastaajan mielestä tieto ei ollut hyödyllistä.



Kuvio 7. Videon antaman tiedon hyödyllisyys (N=47).

Vastaajista 44 oli sitä mieltä, että videota voi ehdottomasti tai ehkä hyödyntää myös tulevaisuudessa. Yksi vastaajaa ei osannut sanoa ja kaksi jätti vastaamatta kysymykseen.



Kuvio 8. Videon hyödyntäminen tulevaisuudessa (N=47).

Pyydettyä kirjallista palautetta videosta, saimme palautetta, lähinnä Laurean ammattikorkeakoulun opiskelijoilta. Kotihoidon työntekijöistä vain neljä antoi kirjallista palautetta videosta. Saatu palaute oli pääasiassa positiivista, video oli katsojien mielestä hyvä, informatiivinen, opettavainen, selkeä, hyvin ja tyylikkäästi toteutettu ja piti sisällään hyödyllistä tietoa. Joissakin palautteissa kertojan todettiin puhuvan liian nopeasti, varsinkin videon alussa. Yhdelle Laurean ammattikorkeakoulun opiskelijoista oli jäänyt epäselväksi, miksi vähäelastista sidosta käytetään asiakkailla. Vastauksien määrä oli mielestämme riittävä, jotta tutkimuksen tulosta voidaan pitää luotettavana. Hajontaa vastauksissa oli melko vähän ja vastausvaihtoehtojen määrä oli koettu riittäväksi

8 Pohdinta

8.1 Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteiden toteutuminen

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää ja havainnollistaa erilaisten elastisten tukisiteiden valintaan liittyvät kriteerit, tukisiteiden oikeaoppinen käyttö eri asiakasryhmillä sekä tukea, opastaa ja kehittää sairaanhoitajakoulutuksessa opiskelevia ja kentällä työskenteleviä ammattilaisia tukisiteiden käytössä. Opinnäytetyöhön liittyvän videon tavoitteena oli tuottaa tutkittuun tietoon perustuvaa opetusmateriaalia alaraajojen laskimoverenkierron vajaatoiminnasta ja sen oireista sekä miten tukisidoksilla asiakkaan tilannetta voidaan helpottaa. Videon tietopohja rakentui opinnäytetyön kirjallisen osuuden pohjalle, mutta video vastaa tavoitteita ja sille asetettuja opetuksellisia vaatimuksia myös ilman kirjallista työtä. Video on tarkoitettu käytettäväksi opetusmateriaalina myös ilman kirjallista työtä. Laurean ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijaryhmän ja Kannelmäen kotihoidon työntekijöiden parissa toteutetun kyselytutkimuksen perusteella videolle on ollut selkeä tilaus niin opiskelijoiden kuin terveydenhuollonammattilaistenkin parissa.

8.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön tulee kaikilta osiltaan noudattaa sairaanhoitajien ammattietiikkaa. Opinnäytetyöhön liittyvä tutkimus ja sen tulokset voivat olla luotettavia vain silloin, kun ne on tehty hyvien tieteellisten käytäntöjen edellyttämällä tavalla. Ammattikorkeakoulujen sekä yliopistojen on huolehdittava siitä, että tutkimusetiikan opettaminen ja hyviin tieteellisiin käytäntöihin perehtyminen ovat kiinteä osa niiden tarjoamaa opetusta. Lähteet, joita opinnäytetyössä on käytetty, ovat mahdollisimman tuoreita ja ne on merkitty asianmukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tämä toiminnallinen opinnäytetyö, siihen liittyvä video sekä ulkopuolinen arviointi on tehty hyviä tieteellisiä käytäntöjä noudattaen sekä Laurean ohjeiden mukaisesti ja ohjaavan opettajan kanssa tiiviissä yhteistyössä. Kysymyskaavakkeiden vastauksen on käsitelty asianmukaisesti ja vastaajien henkilöllisyys ei ole paljastunut käsittelyn aikana. Vastausten yhteenvedot ja diagrammit ovat totuudenmukaisia. Totuudenmukaisuus on tarkistettu ulkopuolisen arvioitsijan toimesta. Ulkopuolisena arvioitsijana on toiminut freelance toimittaja Petri Nummela.

Yksi keskeinen asia on tieteellisten tutkimusten arviointi, koska jokaiselle tutkimukselle on asetettu tavoitteet, johon tutkimuksella pyritään. Luotettavuutta pohdittaessa keskeisiä käsitteitä on reliabiliteetti ja validiteetti, kun arvioidaan kvantitatiivista tutkimusta. Validiteetistä onnistuimme opinnäytetyössämme tutkimaan, kuinka hyvin terveydenhuoltoalan opiskelijat ja terveydenhuolto alalla työskentelevät tietävät, miksi vähäelastisia tukisidoksia käytetään sekä mistä he ovat tietonsa saaneet. Reliabiliteetisestitutkimuksemme kyselylomake täytettiin molemmissa paikoissa vain kerran, mutta molemmissa paikoissa kyselytutkimuksemme tuottama aineisto oli hyvin samanlaista. Otanta koko hoitoalaan nähden Suomessa, on pieni, mutta uskomme, että saimme luotettavaa viitettä siitä, kuinka hyvin terveydenhuoltoalan opiskelijat ja terveydenhuoltoalan työntekijät ovat saaneet tietoa vähäelastisten tukisidosten käytöstä ja valinnasta. Opinnäytetyötämme voineen pitää luotettavana tämän perusteella. (Saaranen-Kauppinen; Puusniekka 2006; Tilastokeskus.)

8.3 Oman toiminnan pohdinta

Vaikka opinnäytetyömme aihe lähti oppilaitoksen tarpeesta, on se helposti hyödynnettävissä myös työelämässä. Toiminnallista opinnäytetyötä tehtäessä huomasimme monta kertaa sen tosiasiaan, että hyvin harva hoitoalalla työskentelevä on perillä siitä, miksi tai mihin vaivaan vähäelastisia tukisidoksia käytetään. Vähäelastisten tukisidosten käyttö laskimovajaatoiminnasta kärsivillä asiakkailla tuntui olevan monelle täysin vieras asia. Myöskään laskimovajaatoiminnan syyt tai oireet eivät olleet tiedossa. Kyselylomakkeella kysyttäessä saikko uutta tietoa videosta kaikista 47:stä vastaajista 16 oli sitä mieltä, että videosta sai paljon uutta tietoa.

Näistä Laurean ammattikorkeakoulun vastaajia oli 12, kotihoidon vastaajia neljä. Jonkin verran uutta tietoa kertoi vastaajista saaneensa yhteensä 21 vastaajaa, joista Laurean vastaajia oli 15 ja kotihoidon kuusi. Molempien ryhmien vastaajista yksi ei ollut saanut mitään uutta tietoa videosta. Tämän perusteella voidaan todeta, että video on riittävän informatiivinen ja opetuskäyttöön sopiva.

Pelkkä alaraajojen turvotus ei ole perusteltu syy käyttää vähäelastisia tukisidoksia, sillä pelkän turvotuksen hoitoon riittää yleensä hoito- tai tukisukka. Jos taas alaraajojen laskimotoiminta on selvästi heikentynyt, sen aiheuttamia oireita ovat turvotuksen lisäksi särky, painon tunne jaloissa, mahdolliset suonikohjut, staasiekseema, ihonalaiskudoksen kovettumat ja jopa säärihaavat (Saarikoski ym. 2012.) Opinnäytetyön käsittelemä oireisto on hyvin yleinen ja tukisidosten oikeaoppisella käytöllä voidaan merkittävästi helpottaa asiakkaan oloa ja parantaa samalla tämän elämänlaatua sekä toimintakykyä. Vähäelastisten tukisidosten käyttöä suositellaan liikkuville potilaille, jolloin tukisidosten aiheuttama paine tukee asiakkaan oman pohjelihaspumpun toimintaa (Alaraajojen laskimotoiminta online 2016.) Käyttöä ei kuitenkaan tulisi aloittaa ilman ABI- mittausta, jossa selvitetään alaraajojen riittävä valtimoverenkierto (Vaasan keskussairaala.) Toiminnallisen opinnäytetyön videossa käydään läpi myös edellä mainitut perusteet ja indikaatiot vähäelastisen tukisidoksen käytölle.

Oikean siteen valintaan vaikuttavat tekijät eivät myöskään olleet itsestäänselvyksiä jo hoitotyötä tekevien joukossa. Vähä- ja runsaselastisten siteiden eroja tai niiden käyttökohteiden ja sidontatyylien eroista ei monellakaan ollut käsitystä. Runsaselastisia sidoksia voidaan käyttää liikkumattomilla asiakkailla ja niiden sidonnassa voidaan käyttää muun muassa tähkäsidos, kun taas vähäelastisia siteitä käytetään liikkuvilla asiakkailla ja ne sidotaan anatomisen mallin mukaan (Duodecum 2016.) Runsaselastisen siteet ovat tuttuja myös esimerkiksi nyrjähdysien hoidossa.

Videon tarpeellisuutta puoltaa myös omakohtainen kokemus. Tämän opinnäytetyön toisen tekijän isoäidille oli lääkäri määrännyt vähäelastinen tukisidoksen molempiin jalkoihin heikentyneen verenkierron ja lisääntyneen jalkojen turvotuksen vuoksi. Kolmen kuukauden aikana opinnäytetyön tekijä vieraili isoäitinsä luona kuusi kertaa eikä kertaakaan näillä käynneillä voinut todeta, että kotisairaanhoidon tekemä sidos olisi ollut oikein toteutettu anatominen sidos. Hyvin usein sidos muistutti lähinnä tähkäsidos, joka on tarkoitettu toteutettavaksi runsaselastisella siteellä. Sidoksien alla ei ollut sukkaa eikä niitä ollut mitenkään pehmustettu. Sidokset käytiin sitomassa jalkoihin joka aamu ja asiakas itse poisti ne iltaisin. Kun syytä tähän tiedusteltiin kotisairaanhoidosta, ei kukaan osannut sanoa, miksi sidoksien ei annettu olla paikoillaan pidemmän aikaa. Lähes aina sidokset sidottiin vasta useita tunteja sen

jälkeen, kun asiakas oli noussut sängystä. Sidokset sidottiin lähes poikkeuksetta asiakkaan istuessa. Sidoksen toteuttaneet hoitajat eivät myöskään osanneet kertoa asiakkaalle, miksi hänelle laitettiin sidokset jalkoihin.

Toiminnallisen opinnäytetyömme video keskittyy juuri anatomiseen sidontamalliin ja se opastaa hyvin selkeästi ja seikkaperäisesti, kuinka sidos tehdään oikein. Video opastaa myös sidoksen oikeaoppisen ja riittävän pohjustamisen sekä pehmustamisen putkisukalla ja kipsivanulla. Hyvin usein juuri pohjustaminen ja pehmustaminen unohtuvat vähäelastisen sidoksen alta. Niiden avulla voidaan kuitenkin lisätä merkittävästi sidoksen käyttömukavuutta ja näin ollen vaikuttaa myös asiakkaan hoitomyönteisyyteen. Usein putkisidosta käytetään ainoastaan niissä tapauksissa, kun asiakkaan alaraajassa on esimerkiksi säärihaava, jonka peittona olevan sidoksen toivotan pysyvän paikallaan vähäelastisen sidoksen alla. Samoin kipsivanua harvoin näkyy käytettävän koko jalan pituudelta, vaan hyvin usein pehmustetta on laitettu vain nilkan luiden kohdalle. Kun kipsivanu laitetaan koko jalan pituudelta, voidaan varmistaa, että myös sääriluun kohta on riittävästi pehmustettu.

Työelämässä perehdytykseen on tänä päivänä varattu aikaa hyvin rajallisesti ja tästä syystä erilaiset opetusvideot ovat toimiva apu myös perehdytyksessä. Lisäksi työntekijä voi myös halutessaan itsenäisesti kerrata tai perehtyä paremmin aiheeseen videon avulla. Toiminnallisen opinnäytetyömme video on hyvä juuri perehdytykseen tai oman oppimisen syventämiseen. Videon toteutus on selkeä ja sen sisältö on informatiivista sekä ajankohtaista. Video tulee olemaan myös helposti saatavilla sekä YouTube että Vimeo palveluiden kautta.

Videon aihe on tärkeä ja ajankohtainen niin kotihoidossa kun muuallakin työskenteleville. Arvion mukaan Suomessa 30-40% aikuisväestöstä kärsii alaraajojen laskimoiden vajaatoiminnasta ja noin 80% kärsii lievistä laskimovajaatoiminnasta ja jalkojen turvotuksesta. (Alaraajojen laskimovajaatoiminta online 2016.) Jokainen hoitoalalla työskentelevä voi työssään kohdata asiakkaan, joka hyötyy vähäelastisten tukisidosten käytöstä. Asiakasohjauksen merkitys korostuu tänä päivänä myös sairaanhoitajan työssä. Tästä syystä opetusvideon tekeminen sopii hyvin sairaanhoitajaopiskelijoiden toiminnallisen opinnäytetyön aiheeksi. Asiakasohjausta helpottaa ja tukee valmis materiaali, jota on nykyisin hyvin saatavilla. Siksi on hyvä, että käytävissä on video, jota voi katsoa tarvittaessa myös yhdessä asiakkaan kanssa, jolloin myös asiakas saa perusteltua tietoa hänelle toteutettavasta hoitomuodosta.

Mielestämme videota voidaan hyödyntää sosiaali- ja terveysalan peruskoulutuksessa sekä ammattikorkeakouluissa. Myös hoitoalalla työskentelevät ammattilaiset hyötyvät videosta ja voivat helposti soveltaa sen oppeja käytännön työhön. Uskomme, että toiminnallisen opinnäytetyömme video tuottaa niin opiskelijoille, kun hoitoalan ammattilaisille reaktio ja ärsyke elementtejä, jolloin opetus- ja oppimisprosessi käynnistyy virikkeellisesti. Niin ammattilaiset,

kuin opiskelijat voivat palata videon äärelle uudestaan, jolloin sosiokonstruktiiivinen oppiminen on parhaimmillaan (Humaloja ym. 2017.) Toivomme, että videomme otetaan yleisesti käyttöön ja sitä hyödynnetään laajalti. Mielestämme toiminnallinen opinnäytetyö saavutti hyvin tavoitteensa.

Opinnäytetyön tekeminen sai meidät tekijät pohtimaan myös ammattietiikkaa hoitotyössä. Onko oikein, jos laitamme asiakkaalle sidokset vain, koska ne on määrätty, perehtymättä itseen ollenkaan niiden käytön syihin tai asiakkaan oireisiin? Olisi kuitenkin hyvä tietää, miksi minä teen jotakin ja teenkö sen oikein? Tällä hetkellä ei ole saatavilla tutkittua tietoa terveydenhuoltoalalla työskentelevien tiedoista ja taidoista vähäelastisten tukisidoksien sitomisesta. Olisiko tulevaisuudessa hyvä olla jonkinlainen näyttökoe ennen, kuin hoitaja saa laittaa potilaalle vähäelastisen tukisidoksen? Jatkotutkimuksen kohteena voisi olla tulevien Laurea Ammattikorkeakoulusta valmistuvien sairaanhoitajien tieto ja osaaminen liittyen vähäelastisten tukisidoksien sitomiseen sekä nyt tehdyn toiminnallisen opinnäytetyön videon vaikuttavuuden tutkiminen hoitoalan ammattilaisten parissa vuoden päästä videon julkaisemisesta.

Lähteet

Aalto J & Valli R. 2015 Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Jyväskylä: PS-kustannus 2015.

Alaraajojen laskimovajaatoiminta (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verisuonikirurgisen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016. Viitattu 05.11.2017. www.kaypahoito.fi

Duodecum 2016. Lääkärin käsikirja. Jalkojen turvotus. Helsinki. Kustannus OY Duodecum.

Gustaffson J & Pirhonen E-R. Valtionneuvoston asetus perusopetuslaista tarkoitetun opetuksen valtakunnallisista tavoitteista ja perusopetuksen tuntijoista.2012. Helsinki: Filnex. Viitattu 3.5.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2012/20120422>

Halmesmäki K, Eskelinen E, Isoherranen K & Saarinen J.2017. Laskimohaavat ja niiden hoito. Lääkärilehti 8/2017.

Harvard Healt. Nilkka-olkavarsipainesuhde. Viitattu 2.3.2018. <http://www.terve.fi/terveyden-abc/nilkka-olkavarsipainesuhde>

Hietanen H. 2017 Alaraajaturvotuksen kompressiohoito. Sairaanhoitajan käsikirja. Helsinki. Kustannus Oy Duodecum.

Humaloja, Peura & Toivola 2017. Flipped learning käänteinen oppiminen. Helsinki. Edita.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Helsinki. Viitattu 12.5.2018. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Juutilainen, Vesa & Hietanen Helvi (toim.). 2012. Haavahoidon periaatteet. SanomaPro Oy, Helsinki.

Kananen Jorma 2008. Kvantti: Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Koppa Jyväskylän yliopisto 2010. Viitattu 25.11.2017. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/mit/tietotekniikan-opetuksen-perusteet/oppimisen-tukeminen/oppimiskaesitysten-paeaesuuntauksista-1/empiristis-behavioristiset-opetusmenetelmaet>

Krooninen alaraajahaava (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ihotauti-
lääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014.
Viitattu 05.11.2017. www.kaypahoito.fi

Korpi, Kärkkäinen & Välorinne. 2013. Opetusmenetelmien monipuolistaminen. Tampereen
AMK. Viitattu 15.11.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013120319576>

Kuivanen-Kalliomäki Saara 2013. Tukisidoksen käyttö alaraajalaskimoturvotuksessa. Viitattu
3.2.2018. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/58269/Kuivanen-Kal-
liomaki_Saara.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/58269/Kuivanen-Kalliomaki_Saara.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Luoto Riikka 2009. Duodecim 2009; 125:1647-53

Saaranen-Kauppinen A & Puusniekka A. 2016. KvaliMOTV- menettelyopetuksen tietoarkisto
Verkkójulkaisu. Tampere: yhteiskuntatietoarkisto. Viitattu 4.9.2018.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/viittausohje.html>

Saarinen Jukka. Duodecim 2013. Viitattu 3.2.2018.
<http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/17/duo11196>

Saarikoski, Stolt & Liukkonen. 2012. Alaraajaturvotuksen syyt, ehkäisy ja tunnistaminen. Vii-
tattu 3.2.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=jal00127

Soleus Proteor Viitattu 30.10.2017. <http://www.soleusproteor.fi/tuotteet/kompressiotuotteet/yleista-laakinnallisesta-kompressioterapiasta>

Suomen Haavanhoitoyhdistys 2015. Kompresiohoito. Viitattu 14.4.2018.
<https://www.shhy.fi/site/assets/files/1042/ewma-kompresiohoito.pdf>

Tilastokeskus. Viitattu 4.9.2018. www.stat.fi

Tiura & Vähäkyttä. 2016. Alaraajaturvotuksen hoito tukisidoksilla: Anatomisen, vähäelastisen
tukisidoksen sidontaohje. Viitattu 15.1.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2016111616309>.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2018. Viitattu 4.9.2018. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/TENK_IEEA_tyoryhman_muistio_250518.pdf

Uusikylä & Atjonen 2005. Didaktiikan perusteet. Helsinki WSOY.

Vaasan keskussairaala. Viitattu 2.3.2018. <https://www.vaasankeskussairaala.fi/potilaille/hoito-ja-tutkimukset/tutkimukset/kliininen-fysiologia/abi-mittaus/>

Viljamaa J. 2014. Laskimovajaatoimintaan liittyvä CEAP- luokitus. Viitattu 11.4.2018. http://www.ebm-guidelines.com/dtk/hpt/avaa?p_artikkeli=nix02029

Vähäelastisten sidosten tiedot:

Veturi- apteekki. Viitattu 10.4.2018. <https://veturi-apteekki.eapteekki.fi/tuotteet/602/tuki-siteet-ja-muut-siteet/47713/comprilan-vahaelastinen-side-1-kpl/>

OneMed. Viitattu 12.4.2018. https://kotijakelu.onemed.fi/Tuotteet/T1_Tarvikkeet/00C_Haavanhoito_ja_sidonta/0C1_Sidonta/C1030_Tukisidokset/Kompressioside_Roselastic/1667286-1674143.1

Mediq. Viitattu 14.4.2018. <http://tuoteluettelo.mediq.fi/n343286/productCode1003865/Rosidal%20K%20-kompressioside%2012%20cm%20x%205%20m>

3M. Viitattu 11.4.2018. https://www.3msuomi.fi/3M/fi_FI/company-ndc/all-3m-products/-/Tuotteet/Terveystenhoito/Terveystenhoito/FUZE-Skin-Wound-Care/Kompressiosidosj%C3%A4rjes-telm%C3%A4t/?N=5002385+8707795+8707798+8711017+8711098+8711108&rt=r3

Kuvalähteet

Liupakka, P. 2013. Sairaanhoidajan käsikirja -kuvat. Duodecim. Luettu 4.10.2015. <http://www.terveysportti.fi>

Kuvat

Kuva 1. Laskimosairauden vaikeusasteen luokitus, CEAP- luokitus, kliiniset luokat C0-6. (Viljamaa. 2014).	8
Kuva 2. Anatominen sidonta. (Liupakka 2013.).....	13
Kuva 3. Spiraali- ja tähkäsidos. (Liupakka. 2013.)	13
Kuva 4. Monikerrossidos. (Liupakka 2013.)	14

Kuviot

Kuvio 1. Vastaajien koulutus (N= 50) prosentteina.	18
Kuvio 2. Sairaanhoidajaopiskelijoiden (N=30) aikaisempi hoitoalan tutkinto prosentteina.	18
Kuvio 3: Hoitoalan ammattitutkinnot (N=20) prosentteina.	19
Kuvio 4. Vastaajien (N=50) käytännön kokemus vähäelastisen sidosten sitomisesta prosentteina.	19
Kuvio 5. Vastaajien (N=40) sidosten tekemisen oppimisaikaa prosentteina.	20
Kuvio 6. Videosta saatu uusi tieto (N= 47).....	21
Kuvio 7. Videon antaman tiedon hyödyllisyys (N=47).	21
Kuvio 8. Videon hyödyntäminen tulevaisuudessa (N=47).....	22

Liitteet

Liite 1: Markkinoilla olevia vähäelastisia siteitä.....	33
Liite 2: Storyboard	35
Liite 3: Käsikirjoitus	37
Liite 4: Ennen videota esitetyt kysymykset	40
Liite 5: Videon jälkeen esitetyt kysymykset	41
Liite 6: Tutkimuslupa.....	42

Liite 1: Markkinoilla olevia vähäelastisia siteitä

Markkinoilta löytyy tällä hetkellä usean eri valmistajan tuotteita, jotka ovat vähäelastisia ja tarkoitettu alaraajojen laskimovajaatoiminnan hoitoon. Tunnetuimpia ja käytetyimpiä ovat Comprilanin ja Roselastic:n tuotteet. Alla olevat tekstit ovat tuotteiden markkinointiin liittyviä suoria lainauksia.

Comprilan

Vähäelastinen side, jolla toteutettu sidos antaa pohjelihaspumpulle tehokkaan vastuksen = korkea työpaine. Samanaikaisesti sidos saa aikaan matalan lepokompression. Sidosta voidaan pitää yhtäjaksoisesti ja avaamatta useita vuorokausia. Se antaa liikkuvalla asiakkaalle tehokkaamman kompression kuin runsaselastiset sidokset. Comprilan käyttöaiheita ovat laskimoin-suffiensi, postromboottinen syndrooma, alaraajojen turvotukset, säärihaavan ja suonikohjujen hoito sekä suonikohjuleikkausten ja lymfahieronnan jälkeiseen sidontaan. Sidontaa ei saa käyttää valtimoverenkierto ongelmassa. Valmistaja BSN medical (Veturi- apteekki.)

Roselastic

Sidoksen elastisuus on pituussuuntainen ja se sopii voimakkaaseen puristukseen. Käytetään suonikohjuleikkausten jälkeiseen sidontaan ja laskimoperäisten säärihaavojen tukisidontaan. Materiaali on 100% puuvillaa ja se on hengittävä ja ihoystävällinen. Sidoksia voidaan pestä ja steriloida autoklaavissa 134°C. Siteiden pituus on venytettynä 5 m ja ne on yksittäin pakattu. Tuote ei sisällä lateksia eikä hartsia. Valmistaja Karl Otto Braun, Saksa (OneMed).

Rosidal K

Sidos on puuvillasta valmistettu, vähäelastinen ihonvärinen kompressioside. Side on ilmaa läpäisevä ja ihoa ärsyttämätön. Se kestää hyvin haavaeritteitä, hikeä ja voiteita. Sidoksen jousto- ja puristusominaisuudet on erityisesti suunniteltu ja kehitetty laskimoin-suffiensiin hoitoon. Sitä käytetään myös traumatologiassa sekä venähdysten ja ruhjevammojen hoidossa. Valmistaja Lohmann & Rauscher GmbH (Mediq.)

3M™ Coban™ 2 -kompressiojärjestelmät ja Coban 2 Lite

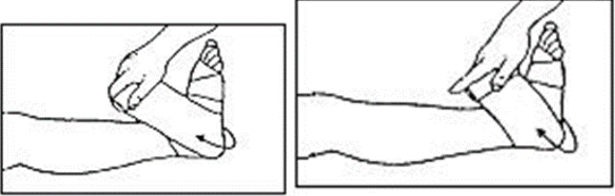
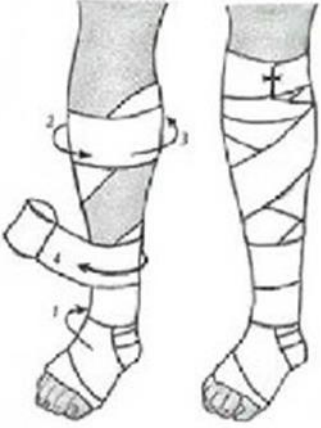
3M™ Coban™ 2 -kompressiojärjestelmät on suunniteltu käyttäjä ystävälliseksi. Se on käytössä mukava hoitokompressio laskimoperäisten säärihaavojen, lymfödeeman ja muiden kompressiohoitoa edellyttävien vaivojen hoidossa. Coban 2 -kompressiojärjestelmä (violetti pakkaus) tuottaa voimakkaan kompression (35-40 mmHg) ja se soveltuu suurimmalle osalle asiakkaista, joiden ABI-arvo on 0,8 tai sitä suurempi. Se on suunniteltu hyödyntäen älykästä ja dynaamista kompressiota hyvän paikallaan pysymisen takaamiseksi ja käytössä mukavan, tehokkaan turvotuksen ja muiden kompressiohoitoa edellyttävien vaivojen hoidossa tarvittavan hoitokompres-

sion tuottamiseksi. Tuote on kehitetty erityisesti vastaamaan hoitohenkilökunnan kompressiohoidon haasteisiin. 3M™ Coban™ 2 -kerroskompressiojärjestelmän kaksi ohutta kerrosta muodostavat yhdessä tukevan sidoksen, joka turvotusta ja laskimoperäisiä säärihaavoja hoidettaessa ylläpitää työpainetta sekä alhaista lepopainetta. Kompressiojärjestelmä on miellyttävän tuntuinen, helppo asettaa ja suositeltava asiakkaille, joiden ABPI-arvo on 0,8 tai suurempi (3M.)

Coban 2 Lite -kompressiojärjestelmässä (vihreä pakkaus) on samanlainen dynamiikka kuin alkuperäisessäkin tuotteessa, mutta sen lepopaine on 25 % alhaisempi. Tämä tekee siitä turvallisen, miellyttävän ja tehokkaan hoitovaihtoehdon asiakkaille, jotka sietävät kompressiohoitoa huonommin (3M.)

Liite 2: Storyboard

	<p>Vähäelastisten tukisidoksien (comprilan, roselastic jne.) ja anatomisen sidonnan käyttötarkoituksen esittely.</p> <p>NOTE: Anatominen sidos sopii parhaiten liikkuville potilaille ja sen kanssa tulee liikkua normaalisti. Sen tarkoitus on tukea potilaan omaa pohjelihas-toimintaa. Valintaan vaikuttavia tekijöitä ovat käyttötarkoitus, haluttu puristusvoima, hinta ja saatavuus. Hoidon alkuvaiheessa sidonta voidaan joutua uusimaan useammin turvotuksen laskiessa. Sidoksia pitää pestä tarpeen mukaan ja ne tulee uusia, kun niiden elastisuus on heikentynyt.</p>
	<p>Tukisidontaan tarvittavien välineiden esittely.</p> <p>NOTE: tukisidos, leveydet 8cm ja 12 cm, kipsivanua, putkisukka ja silkkiteippiä. Putkisukkaa ja kipsivanua käytetään pehmustukseen.</p>
	<p>Putkisukan ja kipsivanun laittaminen sidoksen alle.</p> <p>NOTE: Putkisukka riittävän pitkä (varpaat peitty => polveen). Reunat taitetaan sidoksen päälle. Kipsivanu kiedotaan koko pituudelta.</p>
	<p>Sitomisen aloittaminen ja kiertosuunta.</p> <p>NOTE: Sitominen aloitetaan kapeammalla sidoksella varpaiden tyvestä, kiertosuunta ulkoa sisälle. Nilkka 90° kulmassa.</p>

	<p>Kantapään lukitseminen.</p> <p>NOTE: Kantapäää lukitaan sidoksen sisään. Huomioitavaa se, ettei sidos ole kantapään kohdalta liian paksu.</p>
	<p>Anatominen sidos, pohkeen kohta ja lopetus.</p> <p>NOTE: Tukiside sidotaan säären anatomian mukaan ja sidekierrosten jyrkkyys riippuu pohkeen muodosta. Sidos myötäilee säären anatomiaa niin, että sidoksen luoma paine vähenee asteittain polvea kohti mentäessä. Sidos lopetetaan noin 2cm polven alapuolelle ja kiinnitetään teipillä. Sidoksen on oltava tasainen ja ry-pytön.</p>
	<p>Leveämpi sidos.</p> <p>NOTE: Leveämmän siteen sidonta alkaa nilkasta ja jatkuu polveen asti. Paine alenee asteittain polvea kohti edettäessä.</p>
	<p>Yleistä vähäelastisilla siteillä toteutetuista sidoksista.</p> <p>NOTE: Sidos voi olla paikoillaan useamman vuorokauden ajan, koska levossa sen aiheuttama paine on alhainen.</p>

Liite 3: Käsikirjoitus

KÄSIKIRJOITUS /OPETUSVIDEO

Nummela ja Ruutu SHP217KA

1. KOHTAUS

Pöydälle on aseteltu erilaisia vähäelastisia sidoksia. Tuotteista otetaan yleiskuvaa.

KERTOJA: Tämän videon tarkoituksena on selvittää ja havainnollistaa vähäelastisten tukisiteiden oikeaoppista käyttöä eri asiakasryhmillä sekä opastaa sairaanhoitajakoulutuksessa opiskelvia ja terveydenhuoltoalalla toimivia hoitajia vähäelastisten tukisiteiden käytössä.

Markkinoilla on suuri määrä eri valmistajien ja maahantuojien vähäelastisia siteitä, jotka on tarkoitettu laskimoverenkierron vajaatoiminnasta kärsiville potilaille. Kompressiosidettä valittaessa on otettava huomioon asiakkaan kunto, liikuntakyky, raajan koko, sidoksen käyttötarkoitus ja taloudellisuus sekä sitoja ja sidoksen sidontamalli.

Materiaaliksi kannattaa valita 100% puuvilla, joka on hengittävää ja ihoystävällistä. On hyvä varmistaa, ettei side sisällä lateksia tai hartsia. Siteet tulee pestä tarvittaessa ja vaihtaa uusiin siinä vaiheessa, kun niiden elastisuus on heikentynyt.

2. KOHTAUS

Pöydällä on sidoksen tekemiseen tarvittavat välineet.

KERTOJA: Lääkinnällisiä tukisidoksia käytetään, jotta voidaan tukea veren takaisinvirtausta alaraajoista. Vähäelastiset tukisidokset vähentävät kipua sekä laskevat turvotusta ja painetta alaraajoissa. Vähäelastisten tukisidosten käytöllä pyritään myös ehkäisemään vajaatoiminnasta syntyvää kudosisäilytystä tai korjaamaan jo syntynyttä kudosisäilytystä. Lisäksi vähäelastisilla tukisidoksilla pyritään ehkäisemään säärihaavan syntymistä.

Tärkein hoidollinen toimenpide laskimohaavan ehkäisyssä ja hoidossa on sääriturvotuksen poistaminen. Sidos laitetaan jalkaan ennen, kun potilas nousee jaloilleen sängystä aamulla. Anatominen sidos sopii parhaiten liikkuville potilaille ja sen kanssa tulee liikkua normaalisti. Sen tarkoitus on tukea potilaan omaa pohjelihastoimintaa. Kun tukisidontahoito aloitetaan, on huomioitava jalkojen turvotus ja sidoksen on oltava riittävän napakka.

Sidosta on kahta eri leveyttä, joista kapeampi on 5-8 cm leveä ja leveämpi 10-12 cm leveä. Useimmiten potilaalle laitetaan yksi kapeampi sidos ja yksi leveä sidos. Jos potilaan pohje on kovin kapea, laitetaan kaksi kapeaa sidosta. Tässä tapauksessa käytettävien siteiden leveydet ovat 8 cm ja 12 cm. Lisäksi tarvitaan putkisukkaa ja kipsivanua ihon suojaamiseen ja sidoksen pehmittämiseen.

3. KOHTAUS

Kamera tarkentuu potilaan oikeaan jalkaan, hoitajan kädet näkyvät kuvassa. Hoitaja aloittaa sidoksen laittamisen vetämällä potilaan jalkaan putkisukan.

KERTOJA: Putkisukan tulee olla riittävän pitkä. Varpaat saavat peittyä ja yläreunan tulee mennä polven yläpuolelle. Ylijäävät putkisidoksen reunat taitetaan valmiin sidoksen päälle.

4. KOHTAUS

Kamera kuvaa samasta kulmasta. Hoitaja alkaa kietoa kipsivanua putkisukan päälle.

KERTOJA: Kipsivanu kiedotaan koko säären pituudelta. On hyvä varmistaa, ettei sidoksesta tule liian paksu. Pehmustetta tulee olla erityisesti nilkan luiden ja sääriluun kohdalla.

5. KOHTAUS

Kamera kuvaa samasta kulmasta. Hoitaja aloittaa tukisidoksen sitomisen kapeammasta siteestä.

KERTOJA: Sitominen aloitetaan kapeammalla sidoksella varpaiden tyvestä. Siteen kiertosuunta on ulkoa sisälle. Nilkka tulee asettaa 90° kulmaan.

6. KOHTAUS

Kamera tarkentuu kantapäähän. Hoitaja sitoo kantapään peittoon.

KERTOJA: Kantapää lukitaan sidoksen sisään. Kantapää olisi hyvä sitoa yhdellä napakalla kierroksella, jotta sidettä ei tulisi liian paksultti nilkkaan, jolloin nilkan liikkuvuus voi rajoittua.

7. KOHTAUS

Hoitaja aloittaa varsinaisen anatomisen sidonnan noudattaen potilaan pohkeen anatomista muotoa.

KERTOJA: Tukisidos sidotaan säären anatomian mukaan ja sidekierrosten jyrkkyys riippuu pohkeen muodosta. Sidottaessa sidettä venytetään tasaisesti molemmista reunoista. Sidonta nousee kohti polvea ja sitä kevennetään asteittain. Sidos kulkee tasaisesti ja rypyttömästi koko matkan ihon pintaa myötäillen.

8. KOHTAUS

Kamera tarkentuu päättyneen sidoksen päähän. Hoitaja sitoo sidoksen teipillä.

KERTOJA: Kun sidosrulla loppuu, se kiinnitetään teipillä. Sidoksen päätä ei saa taittaa.

9. KOHTAUS

Kamera palaa yleiskuvaan. Hoitaja aloittaa leveämmän siteen sitomisen

KERTOJA: Toinen kierros aloitetaan nilkasta leveämmällä sidosrullalla. Sidottaessa paine alenee asteittain kohti polvitaivetta mentäessä ja myös leveämpi side myötäilee potilaan pohkeen anatomiaa. Sidoksen pää kiinnitetään huolellisesti teipillä. Sidos ei saa mennä mutkalle tai ryp-pyyn.

10. KOHTAUS

Hoitaja taittaa putkisukan pois varpaiden päältä ja ottaa kiinni potilaan varpaasta. Hoitaja taittaa myös putkisukan yläpäähän sidoksen päälle.

KERTOJA: Sidos ei saa olla niin tiukka, että potilaan varpaiden väri muuttuu siniseksi tai kalpeaksi. Kipu raajassa tai raajan lämpötilan laskeminen on merkki liian kireästä sidoksesta. Tarpeen vaatiessa tukisidoksen voi poistaa, mikäli se on liian tiukka tai löysä ja laittaa uudelleen potilaalle. Eritoten alkuvaiheessa sidontaa joudutaan uusimaan turvotuksen laskiessa.

11. KOHTAUS

Yleiskuva potilaasta, jolla on sidokset molemmissa jaloissa.

KERTOJA: Sidos voi olla paikoillaan useamman vuorokauden ajan, jos potilaan valtimoverenkierto on riittävä. Levossa sidoksen aiheuttama paine on alhainen. Kompressiohoito vähentää tehokkaasti alaraajojen turvotusta ja parantaa veren takaisinvirtausta. Tällöin myös turvotukseen liittyvä kipu vähenee ja potilaan kävely sekä elämänlaatu paranee. Myös mahdollisen säärinvaaran syntymisen voidaan estää tukisidoksilla.

Lopputekstit:

Video on osa opinnäytetyötä: Vähäelastisen tukisidoksen valinta ja käyttö alaraajojen laskimoverenkierron vajaatoiminnasta kärsivillä potilailla.

Tekijät: Minna Nummela ja Maija Ruutu, Laurea Porvoo

Tilaaaja: Laurea, Porvoo

Kuvauskalusto: Osku mediatalo

Kuvaaja, editoija ja kertoja: Caius Nummela

Lähteet:

Duodecum 2016. Lääkärin käsikirja. Jalkojen turvotus. Helsinki. Kustannus OY Duodecum.

Krooninen alaraajahaava (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ihotauti-lääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 05.11.2017). www.kaypahoito.fi

Soleus Proteor Viitattu 30.10.2017 <http://www.soleusproteor.fi/tuotteet/kompressiotuotteet/yleista-laakinnallisesta-kompressioterapiasta>

Suomen Haavanhoitoyhdistys 2015. Kompressiohoito. Viitattu 14.4.2018. <https://www.shhy.fi/site/assets/files/1042/ewma-kompressiohoito.pdf>

Liite 4: Ennen videota esitetyt kysymykset

Vähäelastinen tukisidonta

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Laurean Porvoon kampukselta. Teimme opinnäytetyötä vähäelastisten tukisidosten valinnasta ja käytöstä.

Tämä kysely on osa opinnäytetyötämme ja tällä keräämme tietoa terveydenhuoltoalan ammattilaisilta ja opiskelijoiden tiedoista ja taidoista, liittyen vähäelastisten tukisiteiden ja sidosten käyttöön sekä opiskelijoilta vähäelastisten tukisidosten valinnasta ja käytöstä.

Valitse rastittamalla mielipidettäsi vastaava vaihtoehto tai kirjoita vastauksesi sille varattuun tilaan.

1. Koulutuksesi

- Sairaanhoitajaopiskelija
- Sairaanhoitajaopiskelija, aiempi hoitotyön tutkinto, muu mikä _____
- Terveydenhuoltoalan ammattilainen, mikä _____
- Jokin muu, mikä _____

2. Miksi vähäelastisia tukisidoksia käytetään?

3. Onko sinulla käytännön kokemusta vähäelastisen sidosten sitomisesta?

- Kyllä
- Olen nähnyt, kuinka sidosta sidotaan
- Olen harjoitellut sidoksen tekemistä
- Ei

4. Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, missä olet oppinut sidoksen sitomisen?

- Terveydenhuoltoalan oppilaitoksessa
- Työelämässä
- Jossakin muualla, missä? _____

Kiitos vastauksestasi!

Liite 5: Videon jälkeen esitetyt kysymykset

Vähäelastisten tukisidosten valinta ja käyttö

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Laureasta Porvoon kampukselta. Teemme opinnäytetyötä vähäelastistentukisidosten valinnasta ja käytöstä.

Tällä kyselylomakkeella keräämme palautetta vähäelastisten tukisidosten opetusvideosta. Video on osa sairaanhoitajatutkinnon opinnäytetyötämme. Palautteen avulla voimme arvioida videon onnistumista.

Valitse rastittamalla mielipidettäsi vastaava vaihtoehto tai kirjoita vastauksesi sille varattuun tilaan.

1. Saitko videosta uutta tietoa asiasta?

- Sain paljon uutta tietoa
- Sain jonkin verran uutta tietoa
- Sain vähän uutta tietoa
- En saanut uutta tietoa
- En osaa sanoa

2. Onko videon antama tieto mielestäsi hyödyllistä?

- Kyllä, ehdottomasti
- Tieto oli osittain hyödyllistä
- Ei
- En osaa sanoa

3. Voitko tulevaisuudessa hyödyntää videota?

- Kyllä, ehdottomasti
- Ehkä
- En
- En osaa sanoa

5. Mitä palautetta haluat antaa videosta?

Kiitos, kun vastasit

Liite 6: Tutkimuslupa

Lupa opinnäytetyön videon esittämiseen ja arviointiin.

Minna Nummelalla ja Maija Ruudulla on lupa esittää Laurean opinnäytetyön opetustarkoitukseen tuleva video vähäelastisten tukisidosten käytöstä Helsingin Kaupungin Malminkartanon kotihoidon tiimille.

Heillä on lupa kerätä työntekijöiltä tietoa vähäelastisten tukisidosten käyttötarkoituksesta ennen videon näyttämistä.

Heillä on myös lupa kerätä tietoa videon arviointiin liittyen, sekä videon onnistumisesta.

Helsinki _____

15.5.2017

Malminkartanon kotihoidon tiimiesimies

Heleena Mäkipaaso _____

Heleena Mäkipaaso