



RADIUSMURTUMAN KIPSIHOITO

Ohjelehtinen 6-12-vuotiaille lapsille

Taru Kesänen

Opinnäytetyö
Lokakuu 2012
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TARU KESÄNEN:

Radiusmurtuman kipsihoito: Ohjelehtinen 6-12-vuotiaille lapsille

Opinnäytetyö 42 sivua, joista liitteitä 4 sivua
Lokakuu 2012

Tämä opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Tampereen Hatanpään terveysaseman murtumavastaanoton kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä murtumavastaanotolle 6-12-vuotiaille lapsille suunnattu ohjelehtinen radiusmurtuman kipsihoitoon liittyvistä asioista. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää mitä sisältyy lapsen radiusmurtuman kipsihoitoon ja mitä tulee ottaa huomioon 6-12-vuotiaan lapsen ohjauksessa. Opinnäytetyön menetelmä oli tuotokseen painottuva opinnäytetyö.

Lapsen radiusmurtuman kipsihoidossa on tärkeää lapsen ja perheen ohjaaminen kirjallisesti suullisen ohjauksen lisäksi. Ohjelehtisessä on lapsen näkökulmasta tietoa asioista, kuten kipsi- ja asentohoidosta sekä niiden merkityksestä, kotona toimimisen ohjeet, raajan tarkkailu ja kipsin hoito, sekä hoitopaikan yhteystiedot ja milloin tulee ottaa yhteyttä. Tämän opinnäytetyön tuotoksena syntyneen lasten radiusmurtuman kipsihoidon ohjelehtisen tavoitteena oli parantaa 6-12-vuotiaan lapsen radiusmurtuman kipsihoidon onnistumista, lapsen käden toimintakykyä hoidon jälkeen ja tukea perhettä lapsen kotiohjauksessa hoidon aikana suullisten ohjeiden tueksi annettavalla ohjelehtisellä.

Kirjoittaja ehdottaa, että jokaisessa lapsia hoitavassa yksikössä olisi lapsille suunnatut ohjeet lasten yleisimmistä sairauksista ja vammoista. Opinnäytetyön tuotoksena syntyneitä ohjelehtisiä voisi jakaa muihinkin terveydenhuollon yksiköihin, joissa ollaan tekemisissä lasten murtumien hoidon kanssa, erityisesti ensiapu Acutaan. Hatanpään murtumavastaanotto voisi tehdä itselleen lapsille suunnatun ohjelehtisen jalkojen murtumien kipsihoidosta.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

TARU KESÄNEN:

The cast treatment of a radius fracture: A leaflet for 6-12-year-old children

Bachelor's thesis 42 pages, appendices 4 pages

October 2012

This thesis was conducted in collaboration with the fracture appointment of Hatanpää health center in Tampere. The purpose was to make a guidance leaflet for 6- to 12-year-old children about things related to the cast treatment of a radius fracture, for the appointment. The objectives of this thesis were to find out what is included in the cast treatment of a child's radius fracture and what should be taken into account when guiding 6- to 12-year-old children. An output-oriented study approach was used in this thesis.

During the cast treatment of a child's radius fracture it is important to give the child and his or her family spoken and written guidance. The guidance leaflet contains information, from the child's point of view, about topics such as cast and posture treatment and their importance, how to behave at home, the observation of the limb and how to take care of the cast, as well as contact information for the clinic and when to contact them. The aim of the guidance leaflet was to improve the success of cast treatment of radius fractures in 6- to 12-year-old children and the performance of the child's hand after the treatment, and to support the family in the child's guidance at home.

The author proposes that every healthcare unit that treats children should have their own guidance leaflets for children about children's most common diseases or injury types. The guidance leaflet could be distributed among other health care units where children's fractures are treated, especially to first aid unit Acuta. Hatanpää fracture appointment could make themselves a guidance leaflet about the cast treatment of feet fractures for children.

Key words: child, guidance, radius fracture, cast treatment

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	6
3	LAPSEN LUUSTO JA MURTUMAT	7
	3.1 Lapsen luuston erityispiirteitä	7
	3.2 Murtumien syntymekanismi ja lasten murtumatyypit	8
4	LAPSEN RADIUSMURTUMAN HOITOTYÖ	14
	4.1 Lasten radiusmurtumat	14
	4.2 Murtuman reponointi	16
	4.3 Radiusmurtuman kipsihoito	17
	4.3.1 Kipsihoidon tavoite ja toteutus	17
	4.3.2 Kipsihoidon ongelmat	19
	4.3.3 Kipsihoidon ohjaus lapselle ja perheelle	20
	4.3.4 Kivunhoito ja sen ohjaus	21
	4.3.5 Kipsatun käden kuntoutus	23
5	6-12-VUOTIAAN LAPSEN OHJAUS	24
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	27
	6.1 Opinnäytetyöprosessi	27
	6.2 Tuotoksen ulkoasu ja sisältö	29
7	PÄÄTÄNTÄ	31
	7.1 Eettiset ja luotettavuuskysymykset	31
	7.2 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet	33
	7.3 Pohdinta	34
	LÄHTEET	36
	LIITTEET	39

1 JOHDANTO

17 ikävuoteen mennessä perusterveistä lapsista jopa 42 % pojista ja 27 % tytöistä saa vähintään yhden murtuman (Mäkitie 2012). Kaikista murtumista viidesosa on radiusmurtumia (Ukkola ym. 2001, 273). Lapsen ja aikuisen luustojen välisten erojen erityisominaisuudet, jotka ovat sitä merkittävämmät mitä nuorempi lapsi on, ovat keskeisessä asemassa sekä murtumien synnyssä että niiden hoidossa. Lasten yleisimpiä pitkien luiden murtumia ovat lasten kyynärvarren luiden, radiusen ja ulnan, murtumat. (Pajulo 2006, 24, 73–74, 77.)

Radiusen eli varttinäluun murtuman hoitona on yleensä kyynärnivelen alueelle tai hieman kyynärpäähän yli ulottuva kipsi riippuen murtuman laadusta ja reposition eli murtuman paikalleen asettamisen tarpeesta. Kipsi on paikallaan tietyn ajan lapsen iästä sekä murtuman tyypistä ja sijainnista riippuen. (Kallio 2010, 223.) Kipsihoidon aikana murtuma on immobilisoitunut eli liikkumaton, minkä ansiosta murtuman luutuminen pääsee etenemään tarpeeksi pitkälle ilman asennon muutoksia. Kipsihoito siis mahdollistaa luutumiselle edulliset olosuhteet ja ehkäisee luutumishäiriöitä. (Kuisma ym. 2009, 10.)

Kipsihoidossa erityisen tärkeää on lapsen ohjaaminen suullisesti ja kirjallisesti. Murtuman kipsihoidon ohjelehtisessä on lapsen näkökulmasta tietoa asioista, kuten kipsi- ja asentohoidosta sekä niiden merkityksestä, kotona toimimisen ohjeet, raajan tarkkailu ja kipsin hoito, sekä hoitopaikan yhteystiedot ja milloin tulee ottaa yhteyttä. (Kuisma ym. 2009, 10,32.) Lapsille harvoin on ohjeleistä kipsin kanssa elämisestä, vaan käytössä on yleensä aikuisille suunnattu ohjelehtinen. Lapsille suunnattu ohjaus on tärkeää, koska se millaisia asioita ja kuinka paljon lapselle ohjataan, tulee arvioida lapsen iän mukaan (Kyngäs & Hentinen 2009, 84).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä Tampereen Hatanpään terveyskeskuksen murtumavastaanotolle 6-12-vuotiaille lapsille suunnattu ohjelehtinen radiusmurtuman kipsihoitoon liittyvistä asioista. Kiinnostukseni aiheeseen lähti omakohtaisesta kokemuksesta kipsin kanssa elämisestä sekä mahdollisuudesta tehdä lapsille omat ohjeet.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä Tampereen Hatanpään terveyskeskuksen murtumavastaanotolle 6-12-vuotiaille lapsille suunnattu ohjeellinen radiusmurtuman kipsihoitoon liittyvistä asioista.

Opinnäytetyön tehtävät:

1. Mitä sisältyy lapsen radiusmurtuman kipsihoitoon?
2. Mitä tulee ottaa huomioon 6-12-vuotiaan lapsen ohjauksessa?

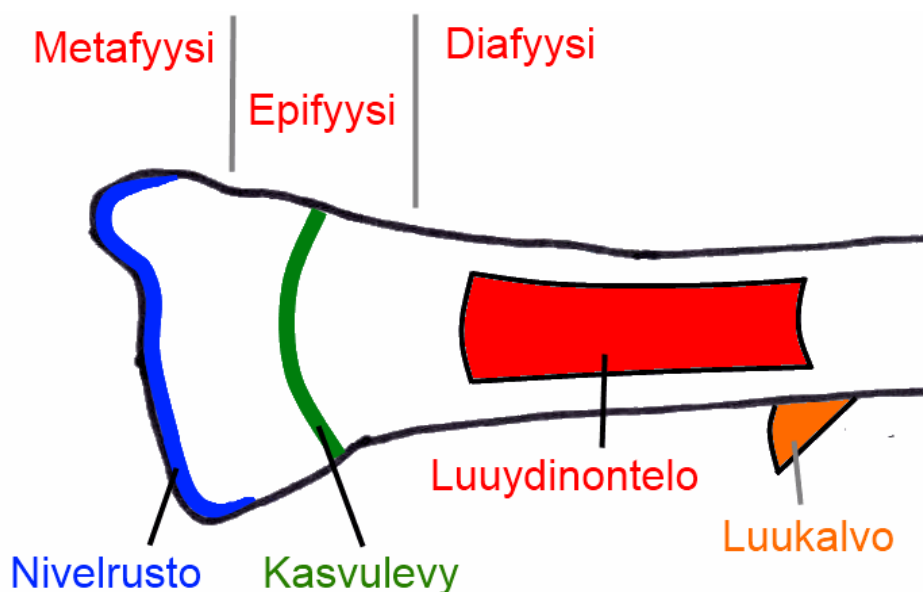
Tämän opinnäytetyön tuotoksena syntyneen lasten radiusmurtuman kipsihoidon ohjeellisen tavoitteena on parantaa 6-12-vuotiaan lapsen radiusmurtuman kipsihoidon onnistumista, lapsen käden toimintakykyä hoidon jälkeen ja tukea perhettä lapsen kotiohjauksessa hoidon aikana suullisten ohjeiden tueksi annettavalla ohjeellisellä.

3 LAPSEN LUUSTO JA MURTUMAT

3.1 Lapsen luuston erityispiirteitä

Lapsen elimistön tukirankana toimii luusto, johon kiinnittyneet lihakset aiheuttavat elimistön liikkeitä. Luusto suojelee pehmeitä kudoksia ja luiden sisällä muodostuu uusia verisoluja. (Nienstedt & Kallio 2002, 18; Mäyränpää 2012, 13.) Luustoon kuuluu pitkiä, lyhyitä, litteitä, epäsäännöllisiä ja jänneluita (Tortora & Derrickson 2009, 199; Mäyränpää 2012, 13).

Pitkä luu koostuu varresta eli diafyysistä, luun päistä eli epifyyseistä ja näiden kahden väliin sijoittuvista metafyyseistä (kuvio 1). Metafyyseissä sijaitsee luun rustoinen kasvualue eli kasvulevy, joka mahdollistaa luun pituuskasvun. Kasvulevyn rusto muuttuu luuksi murrosiässä, kun pituuskasvu loppuu. Pitkän luun molemmissa päissä luun päällä on ohut kerros nivelrustoa vähentämässä kitkaa ja vaimentamassa tärähdyksiä vapaasti liikkuvissa nivelissä. Muissa kohdissa luuta peittää periosti eli luukalvo, jonka avulla luu kasvaa paksuutta. Luukalvo avustaa murtumien korjaantumisessa, suojelee luuta, auttaa ravitsemaan luukudosta ja toimii liitoskohtana nivelsiteille ja jänteille. Pitkän luun keskellä on luuydinontelo, jossa on rasvaista keltaista luuydintä. (Pajulo 2006, 10–11; Bones, muscles and joints 2009; Tortora ym. 2009, 176, 242.)



KUVIO 1. Pitkän luun anatomia (mukaillen Tortora ym. 2009, 177).

Lapsen ja aikuisen luustojen välisten erojen erityisominaisuudet, jotka ovat sitä merkittävämmät mitä nuorempi lapsi on, ovat keskeisessä asemassa sekä murtuman synnyssä että sen hoidossa. Lapsen luuston ominaisuudet, esimerkiksi taipuisuus, alempi mineralisoituminen, sitkeä luukalvo ja luuston kypsyttömyys, mahdollistavat erityyppisten murtumien synnyn. (Pajulo 2006, 24–29.) Keskimäärin lapsen murtuma on hyvälaatuinen aikuisen murtumaan verrattuna. Murtuman paikalleen asettaminen onnistuu yleensä ilman leikkausta, murtuma paranee nopeammin ja kuntouttamisen tarve on vähäinen, sillä lapsi on aktiivinen kuntoutuja. (Laulumaa 2009, 297.)

Lapsen ikä, murtuman virheasennon määrä ja suunta suhteessa nivelen liikeraataan, sekä murtuman etäisyys kasvulevyyn, ovat keskeisiä tekijöitä radiusmurtuman virheasennon korjaantumisen kannalta. Kasvuikäisillä lapsilla luukalvon vilkas osteogeneesi eli luun muodostuminen ja epifyysilevyn (kuvio 1) korjaava kasvu edesauttavat luun paranemistaipumusta ja radiusmurtuman aiheuttaman virheasennon itsestään korjaantumista selvästi paremmin kuin aikuisilla. Tästä johtuen lasten radiusmurtumien immobilisaatio- eli liikkumattomana pitämisaika on lyhyempi kuin aikuisilla. (Louhimo ym. 2000, 19; Södergård 2002, 310.)

3.2 Murtumien syntymekanismi ja lasten murtumatyypit

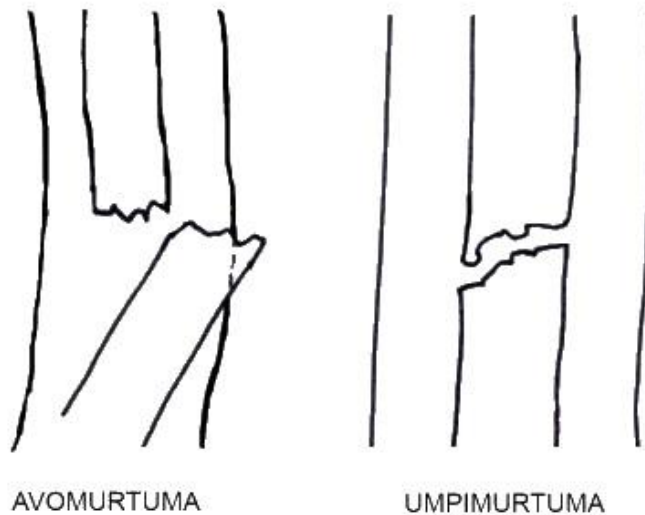
Kouluiässä oleva 6-12-vuotias lapsi oppii uusia asioita helposti ja on motorisesti orientoitunut. Tässä iässä lapsi on toiminnallinen, utelias ja tiedonhaluinen. Lapsi juoksee, hyppii, kiipeilee, hiihtää, luistelee, ui ja ajaa polkupyörää. Lapsen hienomotoriikka kehittyy hiljalleen, kun lapsi kokeilee rajojaan ja kehittää taitojaan. Koska kouluikäinen lapsi ei vielä ajattele vammautumisen mahdollisuutta tai omaa kuolemaansa, hän saattaa käyttäytyä uhkarohkeasti ja vaaroja uhmaavasti. Kouluikäisen lapsen kokeilunhalu on altistava tekijä tapaturmille, mutta motorisen taitavuuden määrä vähentää onnettomuuksien määrää. Suurin osa kouluikäisen tapaturmista tapahtuu koulussa tai pihalla. Lapsuudessa tapaturma-alttius on kouluiässä pienimmillään ja sattuneista vahingoista vain pieni osa on vakavia. (Ivanoff ym. 2007, 68-69.)

Kun luuhun kohdistuu voima, joka ylittää sen energiansietokyvyn, luu murtuu (Kuisma ym. 2009, 26). Lapsi saa aikuista helpommin murtuman esimerkiksi kaatumisen yhteydessä. Lapsen luuston ominaisuudet, esimerkiksi taipuisuus, alempi mineralisoituminen, sitkeä luukalvo ja luuston kypsymättömyys, mahdollistavat erityyppisten murtumien synnyn (Pajulo 2006, 24–29). Joitain murtumatyyppisiä tavataan vain lapsilla, koska heidän luustonsa mahdollistaa tiettyjen murtumatyyppien synnyn (Pajulo 2006, 25–27, 29–30; Tortora ym. 2009, 188). Siksi käsittelen työssäni lapsille tyypillisiä murtumatyyppisiä. Lapsille tyypillisiä murtumia ovat taipuma-, pajunvitsa-, ryppy-, repeämä- ja kasvulevymurtumat (taulukko 1) (Medscape Reference 2012).

<u>Murtumatyyppi</u>	<u>Piirteet</u>
Taipuma	<ul style="list-style-type: none"> • Luu on taipunut • Luukalvo on ehjä • Mikromurtumia
Pajunvitsa eli greenstick	<ul style="list-style-type: none"> • Ei ulotu luukalvon läpi • Luun toinen puoli on murtunut, toinen taipunut • Vain lapsilla joiden luusto ei täysin luutunut
Ryppy eli torus	<ul style="list-style-type: none"> • Luu painunut kasaan • Tyypillisesti metafyysialueella • Luukalvot ovat ehjiä • Ei siirtymää
Repeämä eli avulsio	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel vs. Jänne • Kasvuikäisen luuston kypsymättömyys • Rasitusmurtuma ja traumaattinen
Kasvulevymurtuma	<ul style="list-style-type: none"> • 20% lasten murtumista • Vain lapsilla • Ei välttämättä turvotusta tai mustelmaa • Salter-Harris luokitus

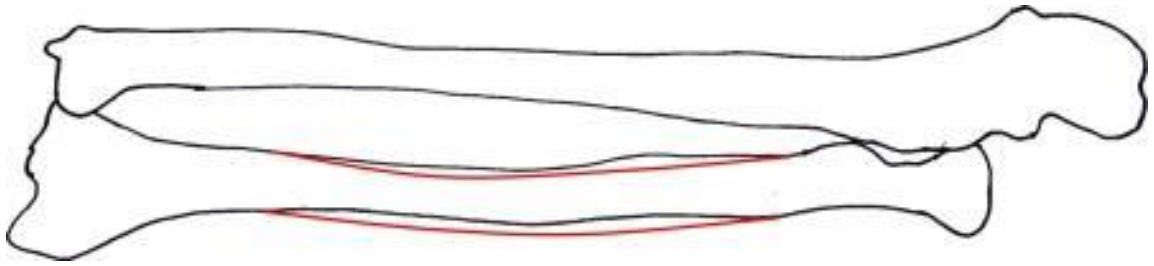
TAULUKKO 1. Lasten yleisimmät murtumatyyppit ja niiden piirteet.

Murtumat jaotellaan usealla eri tavalla, muun muassa tyypin ja murtuman vaurauden eli stabiiliteetin mukaan (Kuisma ym. 2009, 26). Avomurtumassa luu työntyy ihon läpi, kun vastaavasti umpimurtumassa murtuma ei riko ihoa (kuvio 2) (Tortora ym. 2009, 187; When your child needs a cast 2009; Hammar 2011, 364).



KUVIO 2. Avo- ja umpimurtuma (mukaellen Broken bones 2011).

Taipuisuuden, muovautuvaisuuden ja sitkeän luukalvon ansiosta lapsen luu pystyy taipumaan suurelle kaarelle ennen katkeamista. Tällaista murtumaa kutsutaan taipumamurtumaksi (kuvio 3). Tässä murtumassa on useita mikromurtumia ja se on stabiili eli vakaa, koska luu on taipunut, eikä katkennut. Taipumamurtuman repositio eli paikalleen asettaminen on kuitenkin vaikeaa ja murtuman yhteydessä voi esiintyä merkittävää virhekulmaa. Murtuma reponoidaan eli murtumalle tehdään repositio yleisanestesiassa painamalla luuta pitkään ja tasaisesti, kunnes luu suoristuu lähes entiselleen. (Pajulo 2006, 25–26.) Kuviossa 3 punainen viiva näyttää miltä radiuksen taipumamurtuma näyttäisi verrattuna normaaliin luuhun, joka on mustalla piirretty. Murtuman taipuma voi olla paljonkin suurempi kuin kuviossa.



KUVIO 3. Taipumamurtuma (mukaellen Radius and Ulna 2011).

Pajunvitsa- eli greenstick-murtumassa murtuma ei ulotu luukalvon läpi (Pajulo 2006, 25–26), vaan toinen puoli luusta on murtunut ja toinen puoli taipunut (kuvio 4). Murtumaa tavataan vain lapsilla joiden luusto ei ole vielä täysin luutunut (Tortora ym. 2009, 188).



KUVIO 4. Pajunvitsa- eli greenstickmurtuma (mukaellen Broken bones 2011).

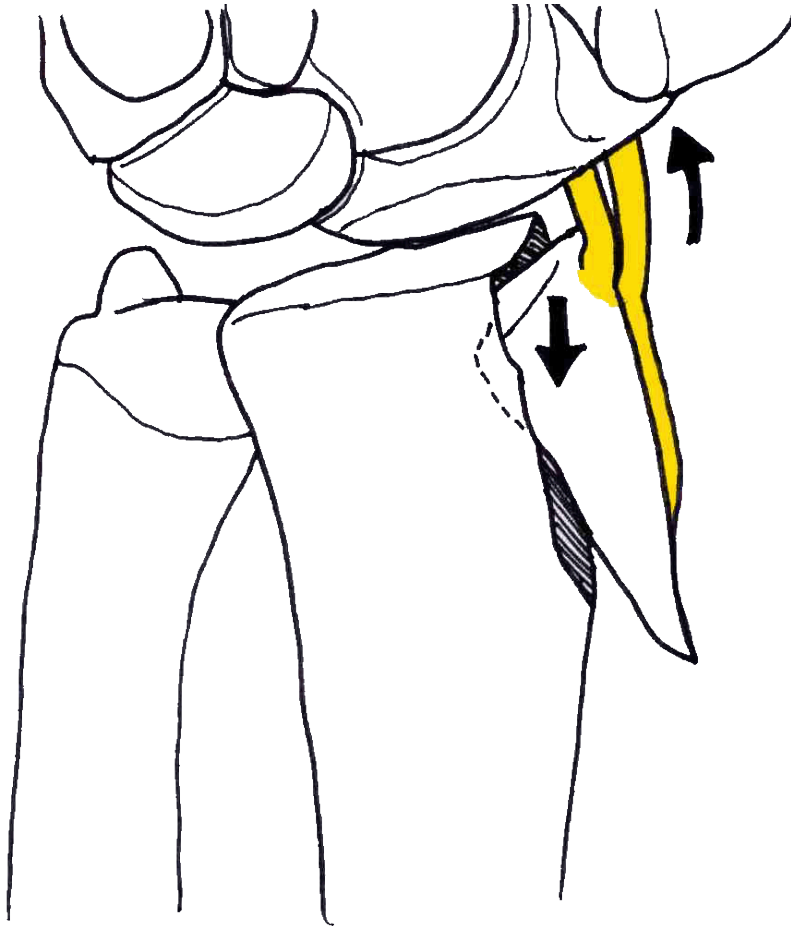
Torismurtumaksikin kutsuttu ryppymurtuma on luun kasaanpainuma. Tyypillisesti kasaanpainumakohta on metafysialueella (kuvio 1), luukalvot ovat säilyneet ehjinä eikä luussa ole siirtymää (kuvio 5). Yleensä vamma tapahtuu kaatuessa. (Pajulo 2006, 27.)



KUVIO 5. Ryppy- eli torismurtuma (mukaellen Broken bones 2011).

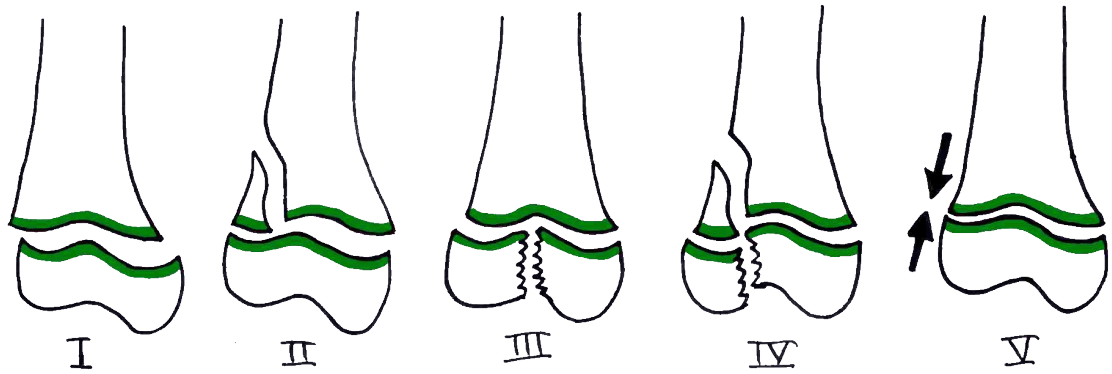
Repeämä murtumaa kutsutaan myös avulsiomurtumaksi (Pajulo 2006, 29). Murtuman vammamekanismi on, että nivel taittuu aiheuttaen venytyksen luuhun kiinnittyneeseen jänteeseen ja sen sijaan, että jänne antaisi periksi, luu murtuu

jänteen kiinnityskohdasta (kuvio 6). Koska murtuma syntyy luun antaessa enemmän periksi kuin luuhun kiinnittynyt jänne, voidaan todeta, että murtuma liittyy kasvuikäisen luuston kypsyttömyyteen. Repeämämurtumat jaetaan rasisiumurtumaan, jonka aiheuttaa urheiluharjoitus, sekä traumaattiseen murtumaan, jonka aiheuttaa tapaturma. (Pajulo 2006, 29.)



KUVIO 6. Repeämämurtuma (mukaellen Jupiter & Rikli 2007).

Lapsen kasvulevyn kuormituskestävyys on heikompi kuin luun varren, koska luu kasvaa kasvulevyn alueelta pituutta. Kasvulevyn alueelle sijoittuu noin 20% lasten murtumista. Kasvulevymurtuman yhteydessä ei välttämättä aina esiinny turvotusta tai mustelmaa, koska kasvulevyn alueella ei kulje paljon verisuonia. Siksi lievästi turvonneissa nyrjähdysvammoissa pitää poissulkea kasvulevyn vaurion mahdollisuus. Kasvulevyyvammojen luokittelussa yleisin on Salter-Harrisin luokitus (kuvio 7), jossa keskeistä on vamman sijainti kasvulevyn nähden. (Pajulo 2006, 29-30.)



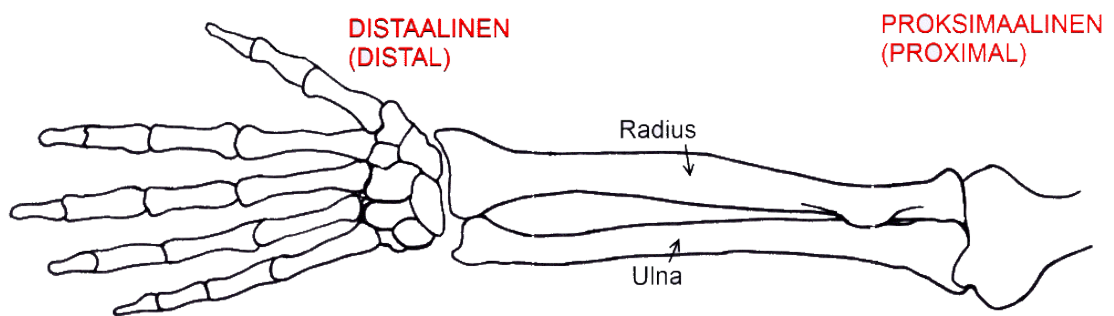
KUVIO 7. Salter-Harris luokitus (mukaellen Young, Barnett & Oakley 2004).

Salter-Harrisin luokituksessa (kuvio 7) I-tyyppin murtuma kulkee kasvulevyn poikki horisontaalisesti, II-tyyppin murtuma kulkee kasvulevyn poikki ja kääntyy irrottaen metafyysistä palan. III-tyyppin murtuma kulkee myöskin kasvulevyn poikki, mutta kääntyykin epifyysiin päin ja halkaisee sen. IV-tyyppin murtuma kulkee molempien, epifyysin ja metafyysin, läpi sen lisäksi että se kulkee kasvulevyn poikki. V-tyyppin murtumassa kasvulevy on kompressoitunut eli kasaanpainunut, mikä muodostaa vamman. (Pajulo 2006, 30-31; Growth plate injuries 2010.)

4 LAPSEN RADIUSMURTUMAN HOITOTYÖ

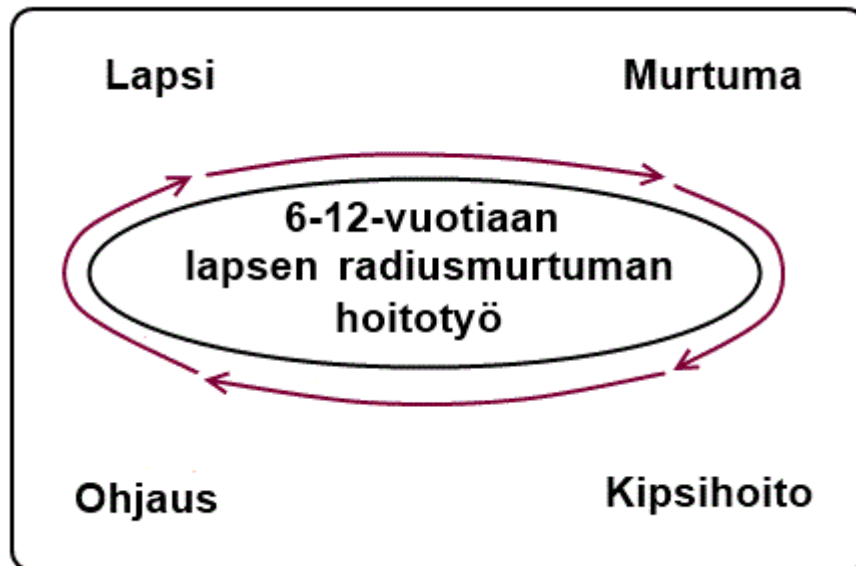
4.1 Lasten radiusmurtumat

Radius eli värttinäluu on kyynärvarren luihin kuuluvista pitkistä luista isompi ja se sijaitsee peukalon puolella käsivarressa (kuvio 8). Toinen kyynärvarren luista on ulna eli kyynärluu, joka sijaitsee radiuksen vieressä. Kaikista murtumista viidesosa on radiusmurtumia (Ukkola ym. 2001, 273). Hammarin (2011, 374) mukaan tyypillinen radiusmurtuma syntyy esimerkiksi ojennetulle kädelle kaatumisesta. Murtuman yhteydessä esiintyy paikallista kipua, turvotusta ja liikearkuutta, kun vain radius on murtunut. Kyynärvarsi vääntyy virheasentoon, jos molemmat kyynärvarren luut ovat murtuneet. (Hammar 2011, 373.)



KUVIO 8. Radius ja ulna (mukaellen Radius and Ulna 2011).

Lasten yleisimpiä pitkien luiden murtumia ovat kyynärvarren luiden, radiuksen ja ulnan, murtumat. Näistä murtumista yleisin on radiuksen ranteen puoleisen pään metafysialueen (kuvio 1) murtuma, eli distaalinen (kuvio 8) radiuksen metafysaarinen murtuma. Lasten kaikissa ikäluokissa esiintyy kyynärvarren murtumia, jotka tyypillisesti aiheutuvat ojennetulle kädelle kaatumisesta. (Pajulo 2006, 73–74, 77; Waters & Mih 2006, 337–338.) Lapsen radiusmurtuman hoito riippuu lapsesta, murtumakohdasta ja murtuman tyypistä, joten eroavaisuuksia hoidoissa on niin monia kuin on erilaisia murtumiakin. Hoito muokataan aina yksilöllisesti lapsen ja hänen murtumansa mukaan huomioiden sen, että lapsi ei ole pienenversio aikuisesta. (Antila 2006, 9; Kakkonen 2011.)



Kuvio 9. 6-12-vuotiaan lapsen radiusmurtuman hoitotyö.

Lapsen radiusmurtuman hoidossa on monta toisiinsa vaikuttavaa tekijää (kuvio 9). Lapsen elämään vaikuttaa murtuman tyyppi, kipsihoidon suunnittelu ja toteutus sekä ohjaus, koska lapsella on kipua ja hänen kädessään on elämään vaikuttava kipsi. Murtuman tyyppiin vaikuttaa lapsen ikä ja hänen luustonsa, sekä murtuman paranemiseen kipsihoidon suunnittelu ja toteutus sekä ohjaus. Kipsihoidon suunnitteluun ja sen toteutukseen vaikuttaa lapsi, murtuman tyyppi sekä ohjaus, koska kipsihoito onnistuu paremmin jos lapsi on saanut hyvän ohjauksen. Ohjaus tulee miettiä lapsen, murtuman tyyppin sekä kipsihoidon kannalta. Lapsi, murtuma, kipsihoito ja ohjaus kaikki vaikuttavat toisiinsa. Nämä neljä ovatkin tämän opinnäytetyön keskeiset käsitteet.

Lapsi on tässä työssä määritelty kouluikäiseksi eli 6-12-vuotiaaksi ja työssä käydään läpi lapsen luustoa ja sen erityispiirteitä, sekä näiden vaikutusta erilaisien murtumien syntyyn. Eri murtumatyypeistä tässä työssä käsitellään taipuma-, pajunvitsa-, ryppy-, repeämä- ja kasvulevymurtumat. Kuvaan nämä murtumatyytit työssäni, koska ne ovat lapsille tyypillisiä murtumia ja joitain näistä murtumista tavataan yksinomaan kasvuikäisillä lapsilla, sillä niitä ei pääse muodostumaan enää lapsen luuston kasvettua aikuisen luustoa vastaavaksi. Kipsihoidolla tässä työssä tarkoitetaan radiusmurtuman leikkauksetonta kipsihoitoa, jossa keskitytään hoidon tarkoitukseen, toteutukseen ja hoidon ohjaukseen. Ohjauksella tässä työssä tarkoitetaan lapsen radiusmurtuman kipsihoidon ohjaukseen, josta käsitellään radiusmurtuman kipsihoidon ohjauksen pääpiirteet, koti-

hoidon ohjaus ja keskitytään lasten ohjauksen erityispiirteisiin eli mitä tulee huomioida kun ohjaa lasta.

4.2 Murtuman reponointi

Lapsen radiusmurtuman leikkaushoitoa harkitessa otetaan ratkaisevina tekijöinä huomioon lapsen ikä, murtuman sijainti, vammatyypin ja kuinka pahasti murtuma on poissa paikaltaan eli dislokoitunut. Kun lapsen kasvu lähenee loppuaan, muuttuu lapsen radiusmurtuman hoito samankaltaiseksi kuin aikuisten. Jos lapsi on monivammainen ja tajuton niin radiusmurtuman ensisijainen hoitomuoto on leikkauksellinen. Näin pyritään helpottamaan lapsen perushoitoa. (Kallio 2010, 224.) Koska lasten radiusmurtumien leikkauksellinen hoito suoritetaan Tampereella pääsääntöisesti Tampereen yliopistollisessa sairaalassa, en käsittele leikkauksellista hoitoa työssäni, vaan keskityn radiusmurtuman sulkeiseen eli leikkauksettomaan repositioon ja kipsihoitoon.

Lapsen radiusmurtuman hoidossa on keskeistä muistaa, että lapsi ei ole pienoisversio aikuisesta (Antila 2006, 9). Lapsen luuston ominaisuudet, esimerkiksi taipuisuus, alempi mineralisoituminen, sitkeä luukalvo ja luuston kypsyttömyys, mahdollistavat erityyppisten radiusmurtumien synnyn. Radiusmurtumassa esiintyvä turvotus ja epämuodostuma riippuvat vammaenergiasta ja siitä kuinka pahasti murtuma on pois paikaltaan eli dislokoitunut (Pajulo 2006, 24–29, 78.) Radiusmurtuman hoidon tavoitteena on mahdollisimman nopeasti palauttaa murtuneen käden tila mahdollisimman lähelle sitä mitä se oli ennen murtumaa (Hammar 2011, 365). Murtunut luu asetellaan tarvittaessa asentoon, joka on anatomisesti ja toiminnan kannalta mahdollisimman hyvä (Kuisma ym. 2009, 10).

Repositiolla tarkoitetaan murtuman paikoilleen asettamista ja reponointi on reposition suorittaminen. Repositio suoritetaan jos radiusmurtuma on poissa paikaltaan eli dislokoitunut. (Terve media oy 2012.) Mustanjoen, Alilan, Matilaisen ja Rasimuksen (2010, 359) mukaan reposition tavoitteena on korjata murtuman asento paranemisen kannalta parhaaksi mahdolliseksi. Reponointi tehdään aina

riittävän kipulääkityksen ja puudutuksen kanssa (Mustajoki ym. 2010, 359). Lapsilla toivottavaa olisi riittävä rauhoittavan lääkeytyksen käyttö, sillä sen tuoma muistamattomuus on suotava sivuvaikutus (Furman 2006, 51). Lasten murtumat reponoidaan yleensä yleisanestesiassa silloin, kun murtuma on muualla kuin kämmenen tai sormien luissa. Anestesian käyttämisestä huolimatta tulee huolehtia riittävästä kivunhoidosta ennen ja jälkeen toimenpiteen. (Kallio 2010, 222.) Lasten radiusmurtumat pyritään siis aina reponoimaan anestesiassa.

Ennen reponointia käteen asetetaan putkiharsosukka, jolla estetään saavutetun asennon muuttuminen (Mustajoki ym. 2010, 359). Jos anestesialle ei ole tarvetta, radiusmurtuma reponoidaan paikallispuudutuksessa voimakkaalla ja tasaisella vedolla, kunnes murtuma on paikallaan (Pätiälä 2007, 69; Hammar 2011, 374). Röntgenkuvilla tarkistetaan 1 ja 2 viikon jälkeen reponoinnista, että murtuma on pysynyt hyvässä asennossa. Reponoinnin jälkeen radiusmurtuma kipusataan (Hammar 2011, 374.) Kipsin avulla murtuma tehdään liikkumattomaksi, jolloin luiden asento pysyy muuttumattomana, siihen asti kunnes luutumisen on tarpeeksi pitkällä (Kuisma ym. 2009, 10). Kipsin avulla luodun immobilisaation eli liikkumattomuuden tarkoituksena on lisäksi suojella raajaa kivulta (Kallio 2000, 397).

4.3 Radiusmurtuman kipsihoito

4.3.1 Kipsihoidon tavoite ja toteutus

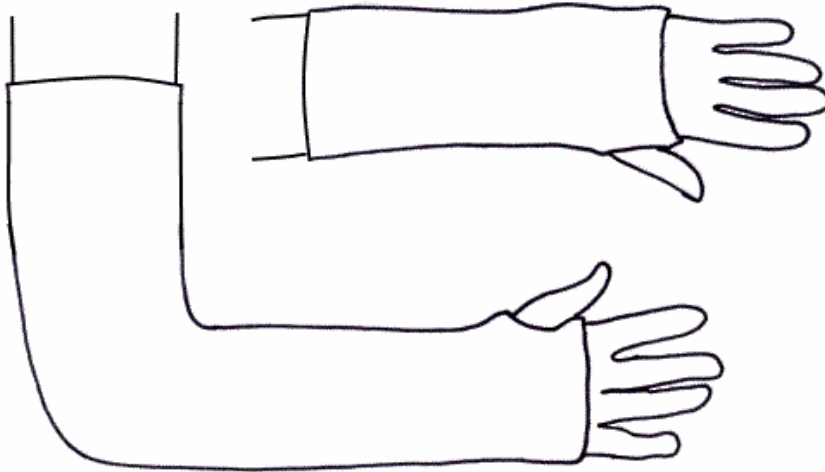
Lapsen radiusmurtuman kipsihoidon tavoitteena on palauttaa raajan toimintakyky murtumaa edeltäneeseen tilaan, sekä liikuntarajoitteisuuteen liittyvien haittavaikutusten ehkäisy, kuten nivelten turpoaminen ja lihasten surkastuminen (Mustajoki ym. 2010, 359). Kipsihoidolla mahdollistetaan suotuisat olosuhteet radiusmurtuman luutumiseksi ja pyritään ehkäisemään luutumishäiriöitä. Kipsi on onnistunut silloin, kun se immobilisoi radiusmurtuman oikeaan asentoon eli pitää murtuman liikkumattomana, mutta ei purista tuoreesta murtumasta johtuvasta turvotuksesta huolimatta. Kipsi on silloin sopivan mittainen kun se ei rajoita vapaiksi jäävien nivelten liikkeitä. Kipsin tulee olla pehmustettu siten, että se

tukee riittävästi kiristämättä tai olematta liian löysä. Kipsi ei saa haitata jokapäiväisiä toimintoja eikä aiheuttaa vaurioita iholle tai ihonalaiskudoksille. Kipsin pitää olla myös kestävä, miellyttävän näköinen ja materiaali tulee valita lapsen mukaan. (Kuisma ym. 2009, 10.)

Kipsauksessa käytetään useita erilaisia materiaaleja. Kuisman, Heikkilän ja Kassaran (2009, 11–12) mukaan kipsin alle voidaan laittaa alussukka tai pehmusteita joko yhdessä tai erikseen suojaamaan ihoa ja lisäämään käyttömukavuutta. Näiden päälle laitetaan vaahtomuovisidosta estämään kipsin tarttumisen suojaaviin materiaaleihin. Kipsivaihtoehtoja on useita. Massakipsillä on hyvä harjoitella kipsaamista ja sitä käytetään usein ensikipsauksessa, vaikka se kuivuu hitaasti. Lasikuitukipsi luo kovan ja joustamattoman kipsisidoksen lyhyemmällä kuivumisajalla. Pehmytkipsi, jossa on kyllästettyä lasikuitu- tai muovikipsiä, on pehmeämpi ja joustavampi koviin kipseihin verrattuna. Muovikipsillä saadaan aikaan kevyt ja kestävä kipsi, jossa kipsin jäykkyyttä säädellään kerrosten lukumäärällä. (Kuisma ym. 2009, 11–12.)

Radiusmurtumassa käytetään joko radiuskipsilastaa, joka ulottuu rystysistä kyynärvarren yläosaan, tai kulmakipsilastaa, joka ulottuu rystysistä olkavarren yläosaan kun kyynärvarsi on suoristettuna ja kyynärnivel suorassa kulmassa. (Ukkola ym. 2001, 253). Radiusmurtuman hoitona on vain kyynärnivelen alueelle ulottuva radiuskipsilasta (kuvio 10) yleensä silloin kun murtuma on stabiili, eli vakaa, eikä sitä tarvitse asettaa paikalleen eli tehdä repositiota. Tällöin kipsi on ensisijaisesti kipu- ja suojahoitona. Usein repositiota vaativissa murtumissa käytetään kyynärnivelen yli ulottuvaa kulmakipsiä (kuvio 10) koska lyhyemmät kipsit pyrkivät siirtymään paikaltaan. (Kallio 2010, 223.) Kakkosen (2011) mukaan heillä kulmakipsiä eli yli kyynärpäähän ulottuvaa kipsiä (kuvio 10) käytetään enemmän alle 7-vuotiaalla lapsella, mutta valittu kipsi riippuu aina tapauskohtaisesti lapsesta ja hänen iästään sekä murtumasta ja sen sijainnista. Myös kipsihoidon keston vaikuttavat yksilöllisesti lapsi ja hänen ikänsä, murtuma ja sen sijainti sekä vammatyyppi (Kallio 2010, 223; Kakkonen 2011). Yleensä suositellaan hiukan pidempää immobilisaatiota, kuin mitä murtuman luutuminen vaatisi (Kallio 2010, 223). Kipsihoidon aikana kipsiä ei vaihdeta muutoin kuin tilanteissa joissa kipsi on hajonnut korjauskelvottomaksi (Kakkonen 2011). Jos murtuma

pitää reponoida uudelleen, pitää kipsi tietenkin poistaa ja käsi kipsata jälleen reponoinnin jälkeen. Raajan liikkuvuutta tulee kontrolloida vielä 3-4 viikkoa kipsin poiston jälkeen, koska vaarana on kipuoireyhtymän CRPS (Complex Regional Pain Syndrome) kehittyminen (Hammar 2011, 374).



KUVIO 10. Radiuskipsilasta ja kulmakipsi (mukaellen Jupiter ym. 2007).

4.3.2 Kipsihoidon ongelmat

Lasten kudokset ja lapset itsekin sietävät hyvin pitkäkestoista raajan immobilisaatiota kipsihoidon yhteydessä (Kallio 2000, 399; Laulumaa 2009, 297–298). Aikuisten tyypilliset kipsihoidon ongelmat, eli hidastunut luutumisen, murtuman luutumatta jääminen, nivelten jäykistyminen ja lihasten surkastuminen, ovat kasvuikäisillä lapsilla harvinaisia, eikä lapsilla myöskään yleensä esiinny yleiskomplikaatioita kuten keuhkokuumetta tai laskimotukoksia (Kallio 2000, 399). Muita yleiskomplikaatioita ovat murtuman virheasento, turvotus, kipu, iho-ongelmat, painaumat, lihasten ja nivelten toimintahäiriöt sekä osteoporoosi (Kuisma ym. 2009, 28).

Lasten kipsihoidon komplikaatioista tavallisin on murtuman asennon muuttuminen kipsin alla ja siitä johtuva epämuodostuma. Yksilökohtaisesti päätetään tehdäänkö heti uusi repositio vai odotetaanko kasvun myötä tapahtuvaa asen-

non korjaantumista. Liian lyhytkestoista immobilisaatiota voi seurata refraktuura eli uusiutunut murtuma, jonka riski on korkeampi suuremmilla murtumaan jäävillä epämuodostumilla. Radiuksen päissä esiintyy lapsilla verisuonettomia luukuolioita useammin kuin aikuisilla johtuen epifyysien (kuvio 1) erikoisesta verisuonien anatomiasta. (Kallio 2010, 227.)

Lasten pituuskasvuun voi vaikuttaa häiritsevästi murtumaan liittyvä luun kasvuhäiriö. Kasvuhäiriötä voidaan epäillä vamman sijainnin, vamma-tyypin, vamma-energian suuruuden tai dislokaatio-asteen perusteella, eli kuinka pahasti murtuma on poissa paikoiltaan. Tällöin tulisi lapsen kasvua tarkkailla 3-6 kuukauden välein, paitsi isoilla lapsilla joiden kasvu on päättymässä. Kun radiologisesti todetaan että aiemmin murtunut luu on kasvanut pituutta normaalisti, tai kahden vuoden seurannan jälkeen, voidaan seuranta lopettaa. (Kallio 2000, 227, 399.)

4.3.3 Kipsihoidon ohjaus lapselle ja perheelle

Jotta radiusmurtuman kipsihoito onnistuisi mahdollisimman hyvin, tulee lapselle antaa hyvä ohjaus ja huolehtia hänen jatkohoidostaan. Ohjauksessa lapselle ja hänen perheelleen tulee kertoa mitä materiaalia kipsissä on käytetty, kuinka kipsin kanssa tulee elää ja liikkua, mikä merkitys on kuntoutuksella ja asento-hoidolla, missä tilanteissa pitää ottaa yhteyttä lääkäriin sekä jatkohoito-ohjeet. Ohjauksen tulisi tapahtua sekä suullisesti että kirjallisten hoito-ohjeiden muodossa, jotta se olisi mahdollisimman monipuolista. (Kuisma ym. 2009, 10.) Kakkosen (2011) mukaan lapsen koulunkäyntiin, harrastuksiin, kipsihoidon kestoon ja muihin vastaaviin asioihin liittyen antaa lääkäri yksilöllisesti kullekin lapselle ja perheelle tarkemmat ohjeet. Murtumavastaanoton sairaanhoitajan antaa lapselle ja perheelle yleisluontoisen kirjallisen ohjelehtisen, jonka lisäksi he saavat tarkempaa yksilöllistä ohjausta ottaen huomioon lapsen ja hänen ikänsä, radiusmurtuman tyyppin ja murtuman sijainnin sekä lapsen perheen (Kakkonen 2011).

Kipsatulla kädellä tulee välttää tiettyjä toimia ja tekoja kipsihoidon ajan. Kipsatulla kädellä ei saa nostaa tai kantaa eikä vetää tai työntää mitään, jotta murtu-

ma ei pääsisi liikkumaan huonoon asentoon. Käden käyttäminen aiheuttaa myös kipua. Kädessä esiintyy usein turvotusta, jota voi vähentää ohjattuja jumppaliikkeitä tekemällä sekä pitämällä kättä kohoasennossa niin, että kyynärnivel on mahdollisimman avoinna. Liike myös parantaa verenkiertoa kädessä ja edistää siten radiusmurtuman paranemista. Vaikka käsi saattaa kutista kipsin alla, ei kipsin sisään saa työntää mitään, koska silloin saattaa vahingossa havoittaa kipsin alla olevaa ihoa. Saunaan tai uimaan meneminen kipsin kanssa on kielletty, koska se turvottaa kättä, mikä johtaa siihen että kädessä on kipua. Suihkuun mennessä kipsi on hyvä suojata enemmän paksulla pyyhkeellä kuin muovilla, sillä muovi hiostaa, ja pitää käsi poissa suihkun alta. (Kakkonen 2011.)

Jotta kipsihoito onnistuisi mahdollisimman hyvin eikä pitkittyisi, tulee lapsen tietää kuinka kipsistä pidetään huolta ja vanhempien tulee varmistaa, että lapsi toimii oikealla tavalla kipsin kanssa. Mustajoki ym. (2011, 359) ja Kakkonen (2011) toteavat että kipsiä ei saa kastella pehmenemisen estämiseksi eikä kipsiä saa itse poistaa. Hoitavaan yksikköön pitää ottaa yhteyttä jos kipsi murtuu, kiristää tai on liian väljä, kipsi alkaa haista tai jos kipsi aiheuttaa voimakasta kutinaa. Epämukavaa kipsiä voidaan muokata sopivammaksi hoitavassa yksikössä. Kohoasennosta huolimatta esiintyvä särky ja turvotus sekä kuumeilu ovat myös syy ottaa yhteyttä hoitavaan tai päivystävään yksikköön, jotta syy voidaan selvittää. Kipsatusta raajasta tulee tarkkailla turvotuksia, ihon väriä ja lämpöä, mustelmia, tuntoaistia, raajan liikkuvuutta, lihasvoimaa, ihoärsytystä sekä kipua. Murtuneessa kädessä kipsihoidon aikana esiintyvän kivun syy on aina selvitettävä. (Mustajoki ym. 2010, 359–360; Kakkonen 2011.)

4.3.4 Kivunhoito ja sen ohjaus

Kukin lapsi kokee kivun yksilöllisesti, eikä lapsen kipua tulisi koskaan aliarvioida saati vähätellä (Storvik-Sydänmaa, Talvensaari, Kaisvuo & Uotila 2012, 323). Lapselle kipu ilmenee usein fyysisenä ja psyykkisenä ahdistuksena sekä pelkona (Mustajoki ym. 2010, 569). Radiusmurtuman yhteydessä kipu on lähtöisin myös pehmytkudoksessa. Käden liikuttaminen ja käyttäminen vähentää peh-

mytkudoskipua. Lapselle voi antaa kipulääkettä silloin kun hänellä on kipua (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 323). Kipulääke on parempi antaa yötä vasten, jotta lapsi saa nukuttua yönsä hyvin. Kuitenkin kivun syy tulisi aina ensin selvittää, eikä vain lääkitä kipua lääkkeellä, koska kipsihoidon aikana radiusmurtumassa ei kuulu olla kipua. Lapset eivät myöskään yleensä tarvitse kipulääkkeitä, eikä kipulääkettä tulisi käyttää turhaan. Kun kipulääkitystä vähennetään, kannattaa se tehdä pikkuhiljaa. (Kakkonen, 2011.) Lapsella tulisi käyttää kivunlääkityksessä lapsille turvallisiksi ja tehokkaiksi osoittautuneita lääkkeitä ja annostuksia (Salanterä ym. 2006, 97). Lapselle sopivia tavallisia kipulääkkeitä ovat parasetamoli sekä tulehduskipulääkkeet ibuprofeeni, ketoprofeeni, naprokseeni ja diklofenaakki (Mustajoki ym. 2010, 569). Kipsihoidossa lapsilla ensisijaisena kipulääkkeenä on parasetamoli. Lapset liikkuvat luonnollisesti murtumastaan huolimatta, mikä on myös hyvä kivunlievityskeino, ja osaavat vaistomaisesti varoa kättä. (Kakkonen 2011.)

Lapsen kipua tulisi arvioida ennen ja jälkeen kipulääkkeen annon (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 323). Lapsen ikä tulee ottaa huomioon kipua arvioitaessa. 6-12-vuotias lapsi pystyy jo paikallistamaan kivun ja kertomaan kivustaan tarkemmin. Kivunarviointikeinoina käytetään muun muassa lapsen havainnointia. Lapsen asento, ilmeet, ääntely, ihon väri ja kosteus, hengitys ja kosketuksen sietäminen antavat tietoa lapsen kivuliaisuudesta. (Mustajoki ym. 2010, 569.) Kouluikäisen lapsen kipua arvioitaessa voidaan tarkkailla ja arvioida lapsen olemusta, väriä, itkua, ärtyneisyyttä, nukkumiseen liittyviä ongelmia, kiukunpuuskia, huomionkipeyttä, ilmeitä ja eleitä, ruokahalua, fysiologisia muutoksia sekä käyttää apuna kipumittareita. Lapsi osaa paikallistaa kivun luotettavasti ja kuvata kivun tyyppin kun hänen ajattelunsa käsitteellistäminen on kehittynyt. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 323, 327.)

Kivunhoitoon liittyvän ohjauksen tavoitteena on tiedottaa lasta ja hänen perhettään riittävästi kivusta, siihen vaikuttavista tekijöistä, kivunhoitoon käytettävissä olevista lääkkeistä ja hoitomuodoista, jotta he osaavat tehdä kivunhoitoon liittyviä päätöksiä. Näin vältetään kivunhoidon epäonnistuminen tietämättömyyden vuoksi. Ohjauksen tulee olla lapsen tarpeista lähtevää, tietoa ei pidä antaa liikaa kerralla ja lukijaystävällisten kirjallisten ohjeiden tulee olla yhdenmukaiset suulli-

sen ohjeistuksen kanssa. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 91–92.)

4.3.5 Kipsatun käden kuntoutus

Radiusmurtuman kipsihoidon aikana kipsattua raajaa tulee kuntouttaa. Lapset tarvitsevat harvoin fysioterapiaa, koska he käyttävät kättään tehokkaasti leikkimässä ja liikkuessaan (Södergård 2002, 130). Yksinkertaisten murtumien yhteydessä ei fysioterapiaa yleensä lasten murtumahoidossa tarvita vaan siitä voi olla jopa haittaa (Kallio 2010, 226). Lapselle täytyy kertoa kuinka tärkeää kuntoutus on, jotta hän sitoutuu siihen. Vanhempien on hyvä valvoa, että lapsi tekee liikeharjoituksia kipsihoidon aikana.

Kipsatun käden vapaana olevia sormia saa ja pitää liikuttaa kipsihoidon aikana (Kakkonen 2011). Lisäksi pitää harjoittaa kaikkia vapaaksi jääviä niveliä ahkerasti (Kallio 2000, 350; Kakkonen 2011). Olkavarren nivelen kuntoutuksena on käden nostaminen edestä sivun kautta ylös, taittamatta kättä. Kyynärpäätä voi harjoittaa viemällä sormet olkapäälle kyynärpäätä taittamalla ja sitten suoristamalla kätensä, hitaasti ja rauhallisesti. Käden lihaksia harjoitetaan puristamalla käsi nyrkkiin ja auki rauhallisesti. (Mustajoki ym. 2010, 361; Kakkonen 2011.) Kakkosen (2011) mukaan peukaloa voi hitaasti ja rauhallisesti taivuttaa kahdesta ensimmäisestä nivelestä.

Tehokkaat lihas- ja nivelharjoitukset edistävät vamman paranemista, auttavat ylläpitämään verenkiertoa, vähentävät turvotusta ja ehkäisevät muitakin komplikaatioita, kuten lihasten surkastumista, osteoporoosia ja nivelten jäykistymistä. Liikeharjoituksia olisi hyvä tehdä monta kertaa päivässä, eikä lisäharjoitusten tekemisestä ole haittaa. (Kuisma ym. 2009, 33.) Kakkosen (2011) mukaan ei ole olemassa tiettyä säädeltyä määrää minkä verran liikeharjoituksia olisi hyvä tehdä, vaan harjoituksia tulisi tehdä päivän aikana jatkuvasti. Kun kipsi on poistettu, kättä saa käyttää normaalisti ja liikeharjoituksia olisi myös hyvä jatkaa (Kakkonen 2011).

5 6-12-VUOTIAAN LAPSEN OHJAUS

Ohjaus on lapsen kuuntelua sekä hänen tarpeidensa arviointia ja niihin vastaamista, ei vain neuvojen antamista (Salanterä ym. 2006, 93). Ohjaus on tässä työssä keskeistä, koska kipsihoidossa erityisen tärkeää on lapsen ohjaaminen suullisesti ja kirjallisesti (Kuisma ym. 2009, 10). Hyvän ohjauksen avulla saadaan lapsi kannustettua mahdollisimman hyvin hoidolle asetettujen tavoitteiden saavuttamiseen (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 6).

Ohjauksen onnistumiseen vaikuttavat toimiva vuorovaikutus ja lapsen kokonaistilanteen ymmärtäminen (Salanterä ym. 2006, 93). Ohjaus on keskeisessä osassa lapsen kokonaisvaltaisessa hoidossa, ja sillä tavoitellaan lapsen tukemista ja hänen hyvän itsehoitonsa mahdollistamista. Useimmissa tapauksissa tavoitteen täyttymiseen tarvitaan kirjallisten ohjeiden lisäksi henkilökohtaista ohjausta. Ohjausta tulee antaa lapsen lisäksi myös hänen jatkohoitoonsa osallistuvalla vanhemmalla tai muulla henkilöllä. Lapsipotilaan kohdalla omaisen läsnäolo ohjaustilanteessa on välttämätön. Perheen kanssa keskustellaan lapsen tilanteesta ja jatkohoidosta, jonka lisäksi lapselle kerrotaan hänen ikätasolleen sopivalla tavalla mitä hänelle on tapahtunut tai mitä tulee tapahtumaan. Lapsen pitää voida luottaa siihen mitä hänelle on kerrottu. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 24, 31–32.)

Lapsille suunnattu ohjaus on tärkeää, koska se millaisia asioita ja kuinka paljon lapselle ohjataan, tulee arvioida lapsen iän mukaan (Kyngäs ym. 2009, 84). Lapsen ikä, persoonallisuus, kuulo ja näkö vaikuttavat siihen, millaista ohjausta ja miten hänelle tulee antaa. Lapsille on puhuttava kieltä joka sopii heidän ikätasolleen, niin että he ymmärtävät kerrotun asian. (Heikkinen ym 2002, 31.) Kun lapsi on tarpeeksi vanha ymmärtämään ohjattavaa asiaa ja pystyy vastaamaan itsensä hoitamisesta osittain, tulee huolehtia siitä, ettei lapsi jää ohjauksessa ulkopuoliseksi. Näin lapsi saadaan ottamaan vastuuta hoidostaan ja tiedostamaan hoidon merkityksen omalle hyvinvoinnilleen, sekä vähitellen ymmärtämään hoitoon sitoutumisen merkityksen. (Kyngäs ym. 2009, 84.)

Kouluikäinen 6-12-vuotias lapsi pohtii jo syitä sairautensa tai tapaturmaansa ja haluaa tietää totuuden tilanteestaan (Ivanoff ym. 2007, 92). Kouluikäisen kanssa keskustellessa on hyvä mennä suoraan asiaan ja muistaa olla rehellinen, jottei lapsi menetä uskoaan aikuiseen (Ivanoff ym. 2007, 92; Rajantie, Heikinheimo & Mertsola 2010, 28). Lapselta voi vaikka kysyä mitä hänelle kuuluu ja avata siten keskustelu aiheeseen. Erittäin tärkeää on muistaa, että lapsi on keskustelussa potilas johon tulee keskittyä eikä jättää häntä sivuun keskustelusta. (Rajantie ym. 2010, 28.) Keskusteltaessa kouluikäisen lapsen kanssa on myös hyvä muistaa, että lapsi vaikuttaa rohkealta ja reippaalta, mutta hän usein on pelokas ja arka sisimmässään. Kouluikäinen lapsi voi pelätä oman ruumiinsa oikeuden ja kontrollin menetystä, kipua, vahingoittumista ja kuolemaa, mutta jos lapselle annetaan tarpeeksi tietoa, pelot eivät saa hänestä ylivaltaa. Aikuisen pitää huolehtia siitä että lapsi ymmärtää saamansa tiedon sairaudestaan tai tapaturmastaan, koska kouluikäinen lapsi pystyy jo itse etsimään tieto esim. internetistä, mutta ei välttämättä ymmärrä vielä löytämänsä tietoa oikein. Lapsen kanssa keskusteltaessa tulee korostaa oman itsensä hoitamista ja terveydestä huolehtimista. (Ivanoff ym. 2007, 68, 92–93.) Hoito-ohjeet tulisikin kertoa lapselle itselleen ja mukana oleva vanhempi tai muu perheenjäsen kuulee ohjeet samalla (Rajantie ym. 2010, 34). Joissain tapauksissa on hyvä kuitenkin keskustella ja neuvotella lasta koskevista asioista ja päätösvaihtoehdoista lähinnä vanhempien kanssa (Ivanoff ym. 2007, 93).

Sairaaloissa ja muissa terveydenhuollon yksiköissä käytetään useita kirjallisia kotihoito-ohjeita erilaisiin murtumiin ja niiden kipsihoitoon liittyen. Näissä ohjelehtisissä on tietoa kipsi- ja asentohoidosta sekä niiden merkityksestä, kotona toimimisen ohjeet, mm. raajan tarkkailu ja kipsin hoito, ja hoitopaikan yhteystiedot. (Kuisma ym. 2009, 32.) Lasten yläraajan murtumien hoitoon liittyviä ohjeita on useissa sairaaloissa. Usein ohjeet ovat kuitenkin aikuisille tai vähän vanhemmille nuorille suunnattuja sisällöltään ja ulkoasultaan. Lapsille olisi hyvä olla ohjeet jotka on selkeästi suunnattu heidän ikäluokalleen niin, että sisällön asetelu on mietitty lapsen kannalta.

Henkilökohtaista ohjausta ei voi korvata kirjallisilla ohjeilla, vaikka kirjalliset ja varsinkin kuvitetut ohjeet ovat hyvä apu ohjaukseen (Kallio 2000, 350). Joskus

henkilökohtainen ohjaus saattaa jäädä varsin lyhyeksi, jolloin kirjalliset ohjeet ovat hyvänä täydennys- ja muistutuskeinona, mutta kirjallisia ohjeita on hyvä käyttää suullisen ohjauksen tukena muulloinkin. Potilas tuntee olonsa turvallisiksi kun hän saa mukaansa kirjallisen ohjeen, jossa on yhteystiedot häntä hoitavaan yksikköön. (Torkkola ym. 2002, 7, 33.)

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

6.1 Opinnäytetyöprosessi

Vilkan ja Airaksisen mukaan (2003, 9) ammattikorkeakoulun tutkimukseen painottuvalle opinnäytetyölle on hyvänä vaihtoehtona tuotokseen painottuva opinnäytetyö. Tällaisen opinnäytetyön tavoitteena on ohjeistaa, opastaa tai järjestyttää käytännön toimintaa tuottamalla ammatilliseen käytäntöön suunnattu ohje tai opastus. Toteutustapa riippuu kohderyhmästä ja voi olla esimerkiksi kansio, opas, portfolio tai ohjelehtinen. (Vilka ym. 2003, 9.) Jo ennen opinnäytetyön aiheen valintaa tiesin haluavani tehdä tuotokseen painottuvan opinnäytetyön, koska halusin tehdä opinnäytetyön josta syntyisi jotain konkreettista: tuotos, josta olisi hyötyä ihmisille. Tiesin myös haluavani tehdä opinnäytetyön yksin sen sijaan, että tekisin sen jonkun toisen kanssa yhteistyönä, koska olen luonteeltani sellainen, että työskentelen mieluusti yksin sekä satunnaisina aikoina, usein impulsiivisesti. Siksi parin kanssa opinnäytetyön tekeminen olisi vaikeuttanut työskentelyprosessiani.

Ollessani tutustumassa Hatanpään terveysaseman murtumavastaanoton kokonaisuuteen syksyllä 2011 pohdin heidän potilasohjeitaan murtumiin liittyen. Kävi ilmi, että murtumavastaanotolla ei ollut lapsille suunnattuja ohjeita murtumien kipsihoitoon liittyen. Murtumavastaanoton sairaanhoitajan kanssa keskustellessani sovimme, että tekisin heille opinnäytetyönäni ohjelehtisen lasten radiusmurtuman kipsihoitoa varten. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä Tampereen Hatanpään terveystieteiden keskuksen murtumavastaanotolle 6-12-vuotiaille lapsille suunnattu ohjelehtinen radiusmurtuman kipsihoitoon liittyvistä asioista. Hyväksytin aiheen terveysaseman osastonhoitajalla ja ohjaavalla opettajallani. Työelämäyhteyshenkilöksi ryhtyi murtumavastaanoton sairaanhoitaja. Työelämäpalaveri pidettiin syyskuussa 2011, johon osallistui minun lisäksi työelämäyhteyshenkilöni ja ohjaava opettajani. Palaverissa kävimme läpi opinnäytetyöni aiheen sekä työelämän toiveita opinnäytetyön tuotoksen sisällön suhteen.

Opinnäytetyön tuotoksena syntyvän ohjelehtisen laatutasoon vaikuttavat sekä visuaaliset että viestinnälliset keinot, ja näihin tuleekin kiinnittää huomiota ohje-

lehtistä suunniteltaessa ja tehtäessä (Vilkkä ym. 2003, 51). Jotta ohjelehtinen olisi kirjallisesti hyvä, tulee sen olla selkeä ja ymmärrettävä. Ohjelehtisestä tulee käydä ilmi kenelle se on suunnattu ja mikä sen tarkoitus on. (Kyngäs ym. 2007, 126.) Jotta ohjelehtinen parhaiten palvelisi sen käyttäjää, tulisi toteutusmuoto mieltä kohderyhmän mukaan. Kirjallisessa ohjelehtisessä tuleekin kiinnittää huomiota asiasisältöön, sen tavoitteeseen, viestintätilanteeseen ja tekstilajiin. (Vilkkä ym. 2003, 51–52.) Opinnäytetyöni tuotoksena tein Hatanpään murtumavastaanotolle ohjelehtisen 6-12-vuotiaille lapsille, joiden radiuksen eli värttinäluun murtumaa hoidetaan kipsillä. Ohjelehtisen tavoitteena oli parantaa 6-12-vuotiaan lapsen radiusmurtuman kipsihoidon onnistumista, toimintakykyä hoidon jälkeen ja tukea perhettä lapsen kotiohjauksessa hoidon aikana suullisten ohjeiden tueksi annettavalla ohjelehtisellä.

Aloin kirjoittaa suunnitelmaa heti aiheen varmistuttua ja haastattelin työelämäyhteyshenkilöäni, Tampereen Hatanpään murtumavastaanoton sairaanhoitajaa, opinnäytetyötäni varten. Suunnitelman sain valmiiksi loppuvuodesta ja lähetin sen hyväksyttäväksi. Sain myönnetyn tutkimusluvan helmikuun alussa 2012, jonka jälkeen aloitin varsinaisen opinnäytetyön kirjoittamisen opettajaohjaajani tuella. Kevään 2012 aikana teetin ohjelehtistä varten piirretyt kuvat (liite 1) Jukka Silokunnaksella. Itse ohjelehtistä aloin hahmotella vasta kun olin saanut hyvin teoreettista materiaalia. Pyysin työelämäyhteyshenkilöltäni ja ohjaavalta opettajaltani palautetta ohjelehtisestä, sen ulkoasusta ja sisällöstä, jonka perusteella muokkasinkin ohjelehtistä. Ohjelehtisen sisällön ajantasaisuudesta jatkossa vastaa työelämä, sillä he saivat ohjelehtisestä muokattavan tiedoston.

Vilkan ym. (2003, 65) mukaan tuotokseen painottuvasta opinnäytetyöstä tehdään lisäksi aina myös kirjallinen teksti, raportti. Raportissa selvitetään miksi, miten ja mitä on tehty, millainen työprosessi oli ja minkälaisia tuloksia prosessista saatiin (Vilkkä ym. 2003, 65). Tämän opinnäytetyön raportissa käsitellään lapsen radiusmurtuman kipsihoidon ohjelehtisen sisältöön liittyviä keskeisiä asioita, keskittyen lapsen radiusmurtumaan ja sen kipsihoitoon sekä lapsen ohjaukseen.

Syksyllä 2012 sain opinnäytetyöni valmiiksi. Työelämäyhteys henkilön kanssa sovimme, että opinnäytetyön tuotoksena syntyneen ohjelehtisen saa julkaista tietokanta Theseuksessa. Opinnäytetyön kirjoittaminen oli pitkä ja vaikea prosessi, johon olisi ollut hyvä paneutua jo aikaisemmin kuin milloin varsinaisesti aloin opinnäytetyötä kirjoittamaan. Yllätyin, kuinka paljon työtä opinnäytetyön kirjoittamisessa oikeasti on. Olen kuitenkin tyytyväinen siihen, että sain opinnäytetyön tehtyä yksin, kuten alusta alkaen halusinkin.

6.2 Tuotoksen ulkoasu ja sisältö

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä Tampereen Hatanpään terveyskeskuksen murtumavastaanotolle 6-12-vuotiaille lapsille suunnattu ohjelehtinen radiusmurtuman kipsihoitoon liittyvistä asioista. Kuisman ym. (2009, 32) mukaan kirjallisten kotihoito-ohjeiden tulee sisältää tietoa mitä kipsatusta raajasta tulisi tarkkailla, asentohoidot, lihas- ja nivelharjoitusten ohjeet sekä harjoitusten merkitys, kuinka kipsistä pidetään huolta, miten kipsattua raajaa saa käyttää, milloin tulee ottaa yhteyttä hoitopaikkaan sekä hoitopaikan yhteystiedot. Kirjallisessa ohjemateriaalissa asioiden tulee olla lukijaystävällisesti selitetty loogisessa järjestyksessä selkeällä suomen kielellä. Pitkiä lauseita ja monimutkaisia lauserakenteita on hyvä välttää. (Salanterä ym. 2006, 92.) Kirjallisten ohjeiden tulisi olla ymmärrettäviä ja lapsen huomioon ottavia. Niissä on olennaista myös se miten asia sanotaan (Torkkola ym. 2002, 7), esimerkkinä juuri lapsille suunnatut ohjeet jotka on tehty lapsen ikää ja ymmärrystä silmällä pitäen. Samasta ohjeesta voisi olla erilainen versio niin lapsille kuin aikuisillekin (Torkkola ym. 2002, 32).

Tämän opinnäytetyön tuotoksena oli työelämän toiveesta taitettu mustavalkoinen A4, jotta ohjelehtistä on helppo monistaa/tulostaa lisää. Ohjelehtisessä fonttina on Berlin Sans FB koossa 10. Esimerkki teksti kyseisellä fontilla: ”**Kä-**dessäsi on murtuma ja siksi käteesi on laitettu kipsi. **Opit pärjäämään kipsin kanssa, varsinkin **P**öpon antamien esimerkkien avulla!**”. Fontti oli mielestäni helposti luettava ja muodoltaan pyöreä, mikä tekee siitä silmää miellyttävän. Ohjelehtisen sisältöön vaikutti opinnäytetyössä käytetty kirjallisuus ja sisältö suunniteltiin

pääpiirteittäin yhdessä työelämäkontaktin kanssa, jotta siihen tulisi tärkeimmät asiat. Opinnäytetyön tuotoksena syntyneessä radiusmurtuman kipsihoidon ohjelehtisessä käydään kuvien ja tekstin avulla läpi 6-12-vuotiaan lapsen radiusmurtuman kipsihoitoon liittyviä asioita: miten kipsin kanssa eletään, mitä saa ja ei saa tehdä, mitä tehdään jos kipsi on epämukava tai on kipua, milloin tulee ottaa yhteyttä sekä käden ja käsivarren lihaksiston kuntoutus kipsihoidon aikana. Ohjelehtisen asetteluun tuli myös toive työelämäyhteyshenkilöltä. Ohjelehtinen hyväksyttiin usealla eri henkilöllä työelämässä, muun muassa murtumavastaa-
 taanoton lääkäreillä ja käsikirurgilla ennen kuin se otettiin käyttöön. Työelämä sai ohjelehtisestä myös Publisher-tiedoston, johon heillä on tekstien ja asettelun osalta muokkausoikeus.

Kirjallisissa ohjeissa hyvin valitut kuvat, jotka täydentävät ja selittävät tekstiä, lisäävät ohjelehtisen luettavuutta. Kuvat myös herättävät lukijan mielenkiinnon ja auttavat ymmärtämään tekstiä. (Torkkola ym. 2002, 40.) Visuaalisessa ilmeessä hyvin asetellut ja selkeät kuvat tekevät tekstistä ymmärrettävämpää kuin vaikealukuisesta kuvattomasta tekstistä (Salanterä ym. 2006, 92). Lapsille suunnatuissa kirjallisissa ohjeissa kuvien käyttö selkeyttämässä tekstiä olisi hyvä. Lisäksi lapset saavat ohjelehtisen kuvien värityksestä mukavaa tekemistä, joka auttaa painamaan mieleen ohjeissa kerrotut asiat.

Tämän opinnäytetyön tuotoksena syntyneen lapsen radiusmurtuman kipsihoidon ohjelehtisessä käyttämäni kuvat teetin Jukka Silokunnaksella. Pyysin häneltä tietyt kuvat kipsihoitoon liittyen. Kuvissa piti näkyä että kipsin sisään ei saa työntää mitään, kipsi kädellä ei saa nostaa eikä vetää mitään, kipsin kanssa ei saa mennä saunaan, suihkussa ollessa kipsiä ei saa pitää veden alla vaan kipsi pitää suojata pyyhkeellä ja pitää poissa suihkun alta ja kuvan jossa näkyy millaisissa tilanteissa tulee ottaa yhteyttä hoitavaan yksikköön tai ensiapuun. Lisäksi pyysin kuntoutukseen liittyvät kuvat käden nyrkkiin viemisestä, käden nostamisesta ylös ja liikkeestä, jossa kättä taivutetaan kyynärpästä, sekä käden lepuuttamisesta tyynyjen päällä. Kaikissa kuvissa esiintyy sama maskottihahmo, jonka Jukka loi pyytäessäni häneltä kuviin lapsille soveltuvaa, ystävällistä maskottihahmoa. Kaikki käyttöoikeudet ohjelehtisen kuviin pidän itselläni ja pidätän oikeuden käyttää niitä muussa tarkoituksessa.

7 PÄÄTÄNTÄ

7.1 Eettiset ja luotettavuuskysymykset

Tutkimuksen eettisiä periaatteita tulee noudattaa jos halutaan tehdä hyvä opinnäytetyö. Näitä periaatteita ovat mm. rehellisyys, huolellisuus ja avoimuus. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 23–24.) Opinnäytetyö päättyy pohdintaosioon, jossa käsitellään työn kulkua, onnistumisia ja kehitysehdotuksia sekä työn luotettavuutta ja eettisyyttä (Vilkkä 2003, 96).

Tuotoksen kohderyhmän ikä ja aikaisempi tietämys aiheesta tulee ottaa huomioon tehdessä tuotokseen painottuvaa opinnäytetyötä. Työelämäyhteyshenkilön kanssa on hyvä keskustella siitä, millainen heidän näkemyksensä tuotoksen tyylistä on silloin kun opinnäytetyön tuotos tulee työelämälle. Kohderyhmältä ja työelämäyhteyshenkilöltä palautteen saaminen on tärkeää tuotoksen toimivuuden testaamisessa. (Vilkkä ym. 2003, 129.) Keskustelin työelämäyhteyshenkilöni kanssa heidän toiveistaan liittyen ohjelehtisen ulkoasuun ja sisältöön ohjelehtistä suunnitellessani, joiden mukaisesti tein ohjelehtisen, jotta siitä tulisi lapsille sopiva. Työelämän toiveesta ohjelehtisestä tuli niin sanotusti yleistasolla oleva ohjeistus, jonka asioita ohjataan yksilöllisesti kullekin lapselle ja perheelle suullisessa ohjauksessa tarkemmin. Lisäksi sain ohjaavalta opettajaltani palautetta, jota hyödynsin ohjelehtisen teossa. Ohjelehtisen ulkoasun ja sisällön pyrin suunnittelemaan sellaiseksi, että ohjelehtinen soveltuu 6-12-vuotiaille lapsille. Käytin selkeitä lauserakenteita ja vältin vaikeita sanoja, tehden ohjelehtisestä helpon ymmärtää. Pyrin tekemään ohjelehtisestä sellaisen, että siinä kuvien avulla selvennetään kerrottuja asioita, mutta tekstiä ei kuitenkaan olisi liikaa tai liian vähän.

Ohjelehtistä varten teetin kuvat, joista lapsi näkee mitä hänen tulee tai ei tule tehdä hänen kipsihoitoonsa liittyen. Olen tarkemmin määritellyt millaiset kuvat halusin kohdassa 7.2 Tuotoksen ulkoasu ja sisältö. Annoin selkeät ohjeet millaiset kuvien pitää olla, mutta annoin kuvittajalle Jukka Silokunnakselle vapauden päättää, millaisen hahmon hän luo kuviin. Pyysin, että kuvien hahmo olisi lapsille soveltuva ja olisi kaikissa kuvissa sama, toimien näin niin sanottuna maskot-

tihahmona ohjelehtisessä. Annoin kuvien hahmolle nimeksi Popo. Kuvat ovat liitteenä opinnäytetyön lopussa (liite 1).

Opinnäytetyötä varten voidaan haastatella henkilöä tai henkilöitä. Vilkan ym. (2003, 114–115) mukaan haastateltava henkilö tai henkilöt voidaan valita heidän asiantuntijuutensa tai kokemuksensa perusteella. Haastattelin Hatanpään terveysaseman murtumavastaanoton sairaanhoitajaa, työelämäyhteyshenkilöä, jotta saisin häneltä tietoa siitä, kuinka lapsia heidän vastaanotollaan hoidetaan. Lisäksi sain häneltä tarkempaa tietoa kipsihoidosta ja siihen liittyvästä lääkehoidosta ja kuntoutuksesta. Lasten ohjauksesta oli vaikeaa löytää yhtä kokoavaa lähdettä vaan tieto piti etsiä useista eri lähteistä.

Opinnäytetyössä käytettävää kirjallisuutta valittaessa tulee käyttää harkintaa ja olla lähdekriittinen lähteitä valittaessa ja niitä tulkitessa. Lähdekritiikissä tulee ottaa huomioon kirjoittajan tunnettuus ja arvostettavuus, lähteen ikä ja lähdetiedon alkuperä, lähteen uskottavuus ja julkaisijan arvovalta ja vastuu sekä lähteen totuudellisuus ja puolueettomuus. (Hirsjärvi ym. 2008, 109–110.) Opinnäytetyössäni pyrin käyttämään luotettavia ja tuoreita lähteitä, vaikka aiheesta oli hieman hankala löytää materiaalia joiltain osin. Pyrin käyttämään vain hoitoalan lähteitä. Pajulon (2006) sekä Kuisman ym. (2009) kirjat osoittautuivat keskeisiksi lähteiksi tässä työssä. Lähteet ovat sekä kansainvälisiä että kotimaisia. Osa lähteistä on internetlähteitä, mutta niitä ei ole paljon ja olen pyrkinyt olemaan internetlähteitä kohtaan kriittisempi, minkä vuoksi työ on siltä osin luotettava. Olen merkinnyt lähteet tarkasti ja selkeästi. Olen käyttänyt työssäni vain yhtä tutkimusta, koska muita oleellisia tutkimuksia oli hankala löytää. Tämä hieman heikentää opinnäytetyön sisällön luotettavuutta.

Opinnäytetyön aikana kävin ohjauskeskusteluja ohjaavan opettajani kanssa, mikä lisää työn luotettavuutta. Ulkopuolisia lukijoita ei kuitenkaan ole ollut kuin ohjaava opettajani ja opponenttini, mikä vähentää työn luotettavuutta hieman. Opponenttien ja ohjaavan opettajan palaute on huomioitu opinnäytetyötä kirjoitettaessa. Työelämäyhteyshenkilö näytti ohjelehtistä sen eri vaiheissa useille lapsille, joilta saatu palaute on käytetty hyväksi ohjelehtistä kirjoitettaessa. Lapset kiinnittivät heti ensimmäisenä huomiota joihinkin kuviin, joissa kipsatun kä-

den sormet eivät näkyneet. Kuvia muokattiin lasten kommenttien perusteella sellaisiksi, että kipsatussa kädessä sormet näkyvät. Olisi kuitenkin ollut hyvä jos useampi kohderyhmään kuuluva lapsi olisi lukenut ohjelehtisen, sillä se olisi lisännyt ohjelehtisen luotettavuutta.

7.2 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä Tampereen Hatanpään terveyskeskuksen murtumavastaanotolle 6-12-vuotiaille lapsille suunnattu ohjelehtinen radiusmurtuman kipsihoitoon liittyvistä asioista. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli parantaa 6-12-vuotiaan lapsen radiusmurtuman kipsihoidon onnistumista, toimintakykyä hoidon jälkeen ja tukea perhettä lapsen kotiohjauksessa hoidon aikana suullisten ohjeiden tueksi annettavalla ohjelehtisellä. Opinnäytetyössä käsiteltiin 6-12-vuotiasta kouluikäistä lasta ja hänen ohjaamistaan, lasten luuston erityispiirteitä, lasten tyypillisimpiä murtumatyyppejä, lasten radiusmurtuman kipsihoitoa ja kipsihoidon ohjausta.

Lapsen radiusmurtuman hoito riippuu yksilöllisesti lapsesta, murtumakohdasta ja murtuman tyypistä (Kakkonen 2011). Lapsen radiusmurtuman kipsihoidon tavoitteena on palauttaa raajan toimintakyky murtumaa edeltäneeseen tilaan, sekä liikuntarajoitteisuuteen liittyvien haittavaikutusten ehkäisy (Mustajoki ym. 2010, 359). Jotta radiusmurtuman kipsihoito onnistuisi mahdollisimman hyvin, tulee lapselle antaa hyvä ohjaus ja huolehtia hänen jatkohoidostaan. Ohjauksen tulisi tapahtua sekä suullisesti että kirjallisten hoito-ohjeiden muodossa, jotta se olisi mahdollisimman monipuolista. (Kuisma ym. 2009, 10.) Lapsille suunnattu ohjaus on tärkeää, koska se millaisia asioita ja kuinka paljon lapselle ohjataan, tulee arvioida lapsen iän mukaan (Kyngäs ym. 2009, 84). Lapsen ikä, persoonallisuus, kuulo ja näkö vaikuttavat siihen, millaista ohjausta ja miten hänelle tulee antaa. Lapsille on puhuttava kieltä joka sopii heidän ikätasolleen, niin että he ymmärtävät kerrotun asian. (Heikkinen ym 2002, 31.) Opinnäytetyön tuotoksena syntyneellä ohjelehtisellä annetaan lapselle hänen ikäänsä sopivalla tavalla tietoa kipsihoidosta ja kannustetaan lasta, jotta kipsihoito onnistuisi hyvin.

Kehittämissuhteiksi opinnäytetyötä tehdessäni nousi esiin että olisi hyvä jos jokaisessa lapsia hoitavassa yksikössä olisi yleisimmistä lapsiin liittyvistä sairauksista tai tapaturmista lapsille suunnatut ohjeet. Joissain sairaaloissa on jo lapsille suunnattuja ohjeita käytössä. Varmastikaan kaikista taudeista, sairauksista tai tapaturmista ei ole lapsille omia ohjeita, vaikka heille olisi myös hyvä olla ohjeet, jotka herättäisivät lapsen mielenkiinnon. Työelämäyhteys voisi seuraavaksi hankkia itselleen lapsille suunnatun ohjelehtisen jalan murtumien kipsihoidosta.

Lisäksi koen, että tekemääni ohjelehtistä voisi jakaa muihinkin terveydenhuollon yksiköihin, joissa ollaan tekemisissä lasten murtumien hoidon kanssa. Ohjelehtisestä myös henkilökunta saisi tietoa lasten radiusmurtumien hoidosta. Tämä olisi tärkeää varsinkin niissä yksiköissä joihin lasten jatkohoito ohjautuu. Ohjelehtistä voisi myös käyttää kotihoidon ohjauksen tukena ensiapu Acutassa, jossa suuri osa lasten radiusmurtumien hoidon ensivaiheista tapahtuu.

7.3 Pohdinta

Tuotoksellisen opinnäytetyön tekeminen oli tavoitteenani jo ennen opinnäytetyön aiheen valintaa. Opinnäytetyön mieleinen aihe sekä tuotoksellisuus tekivät opinnäytetyön tekemisestä mukavaa. Työelämän tarve opinnäytetyön aiheena olevalle tuotokselle innoitti tekemään aiheesta hyvän opinnäytetyön. Aiheesta oli kiinnostava etsiä tietoa ja usein tieto oli opettavaista, sillä opin paljon lasten murtumista ja niiden hoidosta. Aiheen rajaaminen osoittautui aluksi haastavaksi ja jouduin rajaamaan aihetta paljon kirjoittamisprosessin aikana, koska muuten opinnäytetyöstä olisi tullut aivan liian laaja.

Aiheesta oli vaikea löytää viimeaikaisia ja tarkkoja lähteitä, sillä lasten murtumahoidosta ei ole tehty paljon yksityiskohtaisia kirjoja tai tutkimuksia, vaan tieto piti poimia paloissa useasta eri lähteestä. Lasten ohjaamisesta löytyi myös hyvin vähän lähteitä. Työelämäyhteyshenkilöä haastatteleamalla sain paljon kes-

keistä tietoa opinnäytetyötä varten. Haastattelu toteutettiin rennosti ilman varsinaista haastattelun runkoa.

Kokonaisuudessaan opinnäytetyö prosessi oli raskas varsinkin viimeisinä viikoina, mutta kuitenkin mukava tehdä. Ajankäytönhallintaa olisi voinut seurata tarkemmin, samoin kuin opinnäytetyön tekemisen aikataulutusta olisi saattanut auttaa saamaan työn nopeammin valmiiksi. Koska opinnäytetyön kirjoittamista ei aikataulutettu alusta alkaen, suurin osa työstä kasautui viimeisille viikoille. Olen, että kirjoitustaitoni eivät ole parantuneet työn kirjoittamisen myötä. Olen kuitenkin parantanut taitojani yhtenäisen tekstin kirjoittamisessa, pyrkien siihen, että työssä olisi punainen lanka joka kulkisi koko opinnäytetyön läpi sujuvasti aiheesta toiseen.

Alusta asti halusin tehdä opinnäytetyön yksin ja olen tyytyväinen, että myös pystyin siihen. Opinnäytetyön tekeminen yksin oli omalla kohdallani hyvä päätös, koska yleensä tein opinnäytetyötä myöhäisinä aikoina, mikä olisi ollut parin kanssa työskennellessä haastavaa. Sain iloa ja onnistumisen tunteita tehdessäni työtä, kun tiesin, että opinnäytetyön tuotos on työelämäyhteyshenkilön mukaan tarpeellinen ja toivottu. Olemme yhdessä työelämäyhteyshenkilön kanssa sopineet, että opinnäytetyön tuotoksena syntynyttä ohjelehtistä ei julkaista tietokanta Theseuksessa.

Opinnäytetyön tuotoksena olevaa ohjelehtistä tehdessäni pyrin kohderyhmän mukaiseen sisällönasetteluun ja tekstiin, jotta ohjeet olisivat lapsista helposti ymmärrettävät. Opinnäytetyön tuotosta, varten teetetyt kuvat olivat toiveiden mukaiset ja aiheeseen sopivat. Opinnäytetyötä tehdessäni pyrin vastaamaan opinnäytetyön tehtäviin selkeästi ja johdonmukaisesti. Opinnäytetyön teoriaosan olen tehnyt pohjaten ohjelehtiseen saadakseni teoriaosaan tuotoksen kannalta tärkeät ja keskeiset asiat. Olen pyrkinyt otsikoimaan työn johdonmukaisesti ja kuvailevasti sekä kirjoittamaan tekstin selkeäksi ja helposti luettavaksi. Olen tyytyväinen lopulliseen opinnäytetyöhön ja opinnäytetyön tuotokseen, koska olen mielestäni saavuttanut opinnäytetyölle asettamani tavoitteet, tuotos on työelämän toiveiden mukainen ja heidän sekä erityisesti lasten tarpeita palveleva.

LÄHTEET

Antila, P. 2006. Lasten raajamurtumien hoidosta. *Yleislääkäri* 2006: 7. Helsinki: Suomen yleislääkärit, 9-12.

Bones, Muscles and Joints. 2009. Children's Hospital Colorado. Päivitetty 08.2009. Luettu 26.9.2012.
<http://www.childrenscolorado.org/wellness/info/teens/22630.aspx>

Broken bones. 2011. Children's Hospital Colorado. Päivitetty 10.2011. Luettu 26.9.2012. <http://www.childrenscolorado.org/wellness/info/parents/21755.aspx>

Furman, J. 2006. Pain relief and related concerns in children's fractures. Teoksessa Beaty, J. & Kasser J. (toim.) 2006. *Rockwood & Wilkins' Fractures in Children*. 6. painos. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 51-76. <http://www.msdlatinamerica.com/ebooks/RockwoodWilkinsFracturesinChildren/index.html>

Growth plate injuries. 2010. Children's Hospital Colorado. Päivitetty 01.2010. Luettu 26.9.2012.
<http://www.childrenscolorado.org/wellness/info/parents/74815.aspx>

Hammar, A-M. 2011. *Kirurgian perusteet*. 1. painos. Helsinki: WSOYpro.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. *Tutki ja kirjoita*. 13.-14., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Ivanoff, P., Risku, A., Kitinoja, H., Vuori, A. & Palo, R. 2007. *Hoidatko minua? Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö*. 3.-4. painos. Helsinki: WSOY.

Jupiter, J. & Rikli, D. 2007. *Reduction & Fixation*. Päivitetty 15.11.2007. Luettu 26.09.2012.
<https://www2.aofoundation.org/wps/portal/surgerymobile?bone=Radius&segment=Distal&showPage=redfix>

Kakkonen, P. *Murtumavastaanoton sairaanhoitaja*. 2011. Haastattelu 04.11.2011. Haastattelija Leppänen, T. Tampereen Kaupunki. Hatanpään murtumavastaanotto.

Kallio, P. 2000. Lasten käsimurtumien erityispiirteet. Teoksessa Vastamäki, M., Vilkki, S., Raatikainen, T., Viljakka, T., Jaroma, H., Göransson, H. & Jokiranta, J. (toim.) 2000. *Käsikirurgia*. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 391-423.

Kallio, P. 2010. Lasten tukikudosvammojen erityispiirteet. Teoksessa Roberts, P, Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. (toim.) 2010. *Kirurgia*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 218-229.

Kuisma, J., Heikkilä, J. & Kassara, H. 2009. Kipsihoidon perusteet. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Laulumaa, A. 2009. Lasten murtumien polikliininen hoito. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) 2009. Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. 1.-3. painos. Helsinki: Tammi, 297-305.

Louhimo, I., Peltonen, J. & Rintala, R. (toim.) 2000. Louhimon lastenkirurgiaa. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy.

Medscape Reference. 2012. Typical fractures seen in children: slideshow. Luettu 26.09.2012. <http://reference.medscape.com/features/slideshow/pediatric-fractures>

Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. (toim.) 2010. Sairaanhoidajan käsikirja 2010. 5. uudistettu painos 2010. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mäkitie, O. 2012. Lapsen luunmurtumat voivat olla merkki D-vitamiinin tai kalsiumin puutoksesta. Luettu 19.01.2012. <http://www.laakaripaivat.fi/>

Mäyränpää, M. 2012. Fractures in children: epidemiology and associated bone health characteristics. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Kliininen laitos. Väitöskirja.

Nienstedt, W. & Kallio, S. 2002. Luut ja ytimet. Ihmiselimitys lyhyesti. 5.-6. painos. Helsinki: WSOY.

Pajulo, O. 2006. Lasten ja nuorten murtumahoidon ohjekirja. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ohjeistoja 1:2006. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.

Pätiälä, H. 2007. Värttinäluun tyypimurtuman repositio ja kipsaus. Teoksessa Tunturi, T., Pätiälä, H. & Rokkanen, P. (toim.) Kirurgiset pientoimenpiteet. 5. uudistettu painos. Tampere: Tampereen Lääketieteen Kandidaattiseura r.y., 69-71

Radius and Ulna. 2011. Kidport reference library. Päivitetty 11.07.2011. Luettu 26.9.2012. <http://www.kidport.com/reflib/science/HumanBody/SkeletalSystem/RadiusUlna.htm>

Rajantie, J., Mertsola, J. & Heikinheimo, M. (toim.) 2010. Lastentaudit. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Storvik-Sydänmaa, S., Talvensaari, H., Kaisvuo, T. & Uotila, N. 2012. Lapsen ja nuoren hoitotyö. 1. painos. Helsinki: SanomaPro.

Södergård, J. 2002. Tuki- ja liikuntaelinten vammat. Teoksessa Huttunen, N-P. (toim.) Lasten ja nuorten sairaudet. Helsinki: WSOY, 310-313.

Terve Media Oy. 2012. Tohtori.fi. Luettu 26.09.2012. <http://www.tohtori.fi/>

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväiksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.

Tortora, G. & Derrickson, B. 2009. Principles of Anatomy and Physiology. 1 osa. 12. uudistettu painos. Singapore: John Wiley & Sons.

Ukkola, V., Ahonen, J., Alanko, A., Lehtonen, T. & Suominen, S. 2001. Kirurgia. 1. painos. Helsinki: WSOY.

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

Waters, P. & Mih, A. 2006. Fractures of the distal radius and ulna. Teoksessa Beaty, J. & Kasser J. (toim.) 2006. Rockwood & Wilkins' Fractures in Children. 6. painos. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 337-398. <http://www.msdlatinamerica.com/ebooks/RockwoodWilkinsFracturesinChildren/index.html>

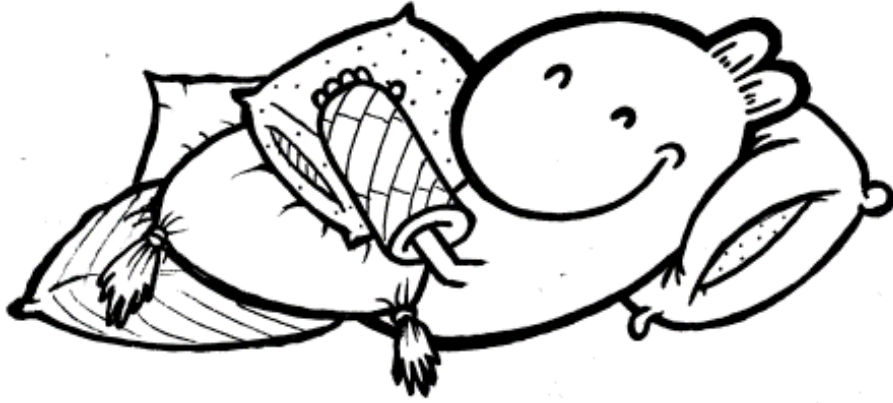
When your child needs a cast. 2009. Children's Hospital Colorado. Päivitetty 07.2009. Luettu 26.09.2012. <http://www.childrenscolorado.org/wellness/info/parents/72776.aspx>

Young, S., Barnett, P. & Oakley, E. 2004. Fractures and minor head injuries: minor injuries in children II. Julkaistu 08.04.2004. The Medical Journal of Australia. Luettu 26.9.2012. <https://www.mja.com.au/journal/2005/182/12/11-fractures-and-minor-head-injuries-minor-injuries-children-ii>

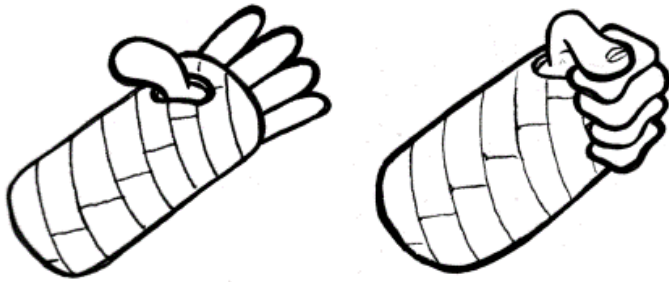
LIITTEET

1 (3)

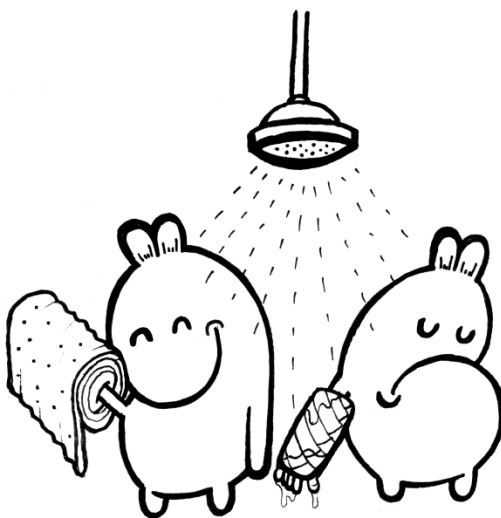
Liite 1. Tuotokseen teetetyt kuvat



Kuva 1. Lepoaika



Kuva 2. Nyrkistys



Kuva 7. Suihku

(jatkuu)

2 (3)



Kuva 4. Jumppa



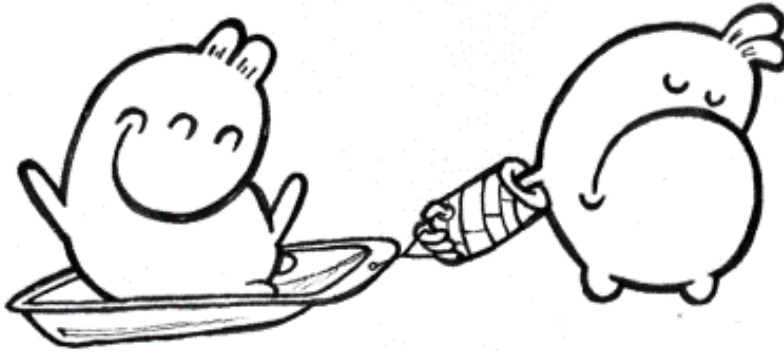
Kuva 5. Nosto



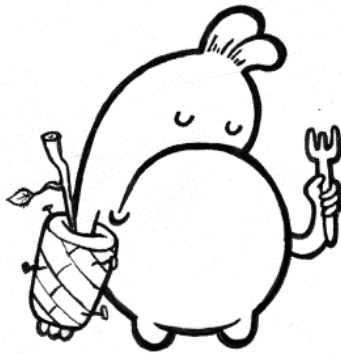
Kuva 6. Ei saa saunaa

(jatkuu)

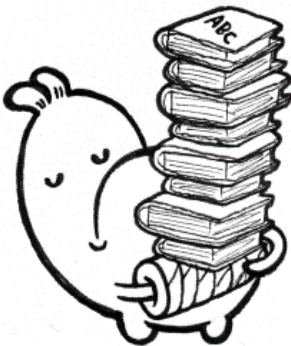
3 (3)



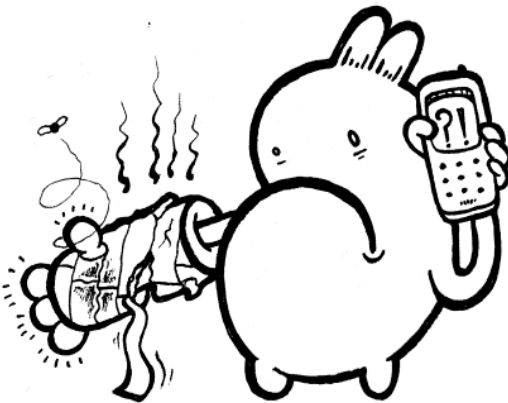
Kuva 3. Ei saa vetää



Kuva 8. Ei saa laittaa



Kuva 9. Ei saa kantaa



Kuva 10. Rikki meni

Liite 2. Aiheeseen liittyvät tutkimukset

Tutkimus	Tarkoitus, tehtävät/ongelmat, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Mäyränpää (2012)</p> <p>Fractures in children: Epidemiology and associated bone health characteristics.</p> <p>Väitöskirja</p>	<p>Väitöskirjan tarkoituksena oli tutkia lasten murtumien epidemiologiaa ja laajasti arvioida luuston terveyttä lapsilla joilla on murtumia. Lisäksi tarkoituksena oli arvioida kahden harvoin käytetyn diagnostisen metodin kliinistä käyttöä lapsipotilailla.</p> <p>Tehtävät:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Saada epidemiologista ja väestöpohjaista materiaalia suomalaisten lasten murtumista ja arvioida muutoksia insidenssissä ajan mittaan. 2. Määrittää luuston terveyttä lapsilla joilla on merkittävä murtuma historia. 3. Arvioida matala säteilyksellisen modaliteetin, VFA:n, diagnostista tarkkuutta lapsilla. 4. Arvioida histomorfometrian hyödyllisyyttä luuston terveyden määrittämisessä lapsilla joilla epäillään primaarista osteoporoosia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alle 16-vuotiaiden nikamamurtuman tai toistuvan murtuman saaneiden lasten luustonterveyteen liittyvien asioiden tutkiminen Helsingissä vuoden 2005 aikana. <p>N = 1396 murtumaa 1373 lapsella</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Jatkotutkimusten suorittaminen osalle lapsista. <p>N = 66 lasta</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. VFA-menetelmän testaus epäiltyä osteoporoosia sairastavilla lapsilla. <p>N = 65 lasta</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Luubiopsian tekeminen epäiltyä primaaria osteoporoosia sairastaville lapsille luuston tarkemman rakenteen selvittämiseksi. <p>N = 24 lasta</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Murtumat olivat lähes kaksi kertaa yleisempiä pojilla ja lasten murtumien riski lisääntyy iän myötä. - Merkittävä murtumahistoria ei ole yleistä lapsilla. - Potilailla ja kontrollihenkilöillä oli alhainen D-vitamiinipitoisuus. - Murtuman saaneilla lapsilla nikamamurtuma oli harvinainen diagnoosi. - VFA-menetelmän osuvuus nikamien kompressiomurtumien diagnosoinnissa oli heikko nuorilla potilailla ja lapsilla joiden BMD oli matala. - Luubiopsioiden tärkeys mahdollisena tutkimusmenetelmänä lapsilla joilla epäillään primaaria osteoporoosia.