



TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

# KIPSIN KANSSA KOTIIN

## Potilasohje

Tero Korpela

Tytti Timonen

Opinnäytetyö  
Lokakuu 2015  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto



## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TERO KORPELA & TYTTI TIMONEN

Kipsin kanssa kotiin  
Potilasohje

Opinnäytetyö 45 sivua, joista liitteitä 5 sivua  
Lokakuu 2015

---

Opinnäytetyön työelämäyhteydellä oli tarve saada potilasohje raajan kipsauksen jälkeiseen toipumiseen kotona, koska heillä ei vielä tällaista ollut. Heidän toiveinaan oli tiivis ja potilaslähtöinen kokonaisuus.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä mukaan annettava potilasohje raajan kipsauksen jälkeen kotiutuville potilaille. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää mitä on kipsihoito, miten kipsatun raajan omahoito toteutuu ja minkälainen on hyvä potilasohje. Keskeiset käsitteet olivat kipsaus, potilaan omahoito ja potilasohje. Opinnäytetyön tavoitteena oli tehdä potilasohje, joka helpottaa potilaan kotona pärjäämistä. Potilasohjeeseen tulee myös olla potilaalla tiedon ja turvallisuuden lisänä.

Opinnäytetyö toteutettiin tuotokseen painottuvana opinnäytetyönä. Se koostui yksiosaisen raportista sekä raportin liitteenä olevasta tuotoksesta, eli kirjallisesta potilasohjeesta. Tuotoksena syntyi kaksi erillistä A4-kokoista potilasohjetta: toinen sisälsi kipsatun alaraajan ja toinen kipsatun yläraajan kotihoito-ohjeet. Potilasohje luotiin raportista saadun teorian tiedon perusteella. Teksti kirjoitettiin kohderyhmä huomioiden, ja siinä käytiin läpi tärkeimmät kipsin kanssa kotiutuessa huomioitavat asiat. Tekstin ohella käytettiin kuvia selkiyttämään ohjeen liikeharjoituksia.

Työyksikön henkilökunta voi käyttää potilasohjetta ohjauksen tukena. Potilas taas voi kerrata saamaansa ohjausta kotioloissa ja ottaa yhteyttä henkilökuntaan mahdollisten ongelmatilanteiden sattuessa. Jatkossa voisi tutkia sitä, kuinka hyvin potilasohje on vastannut käyttäjiensä tarpeisiin. Potilailta voisi esimerkiksi pyytää palautetta potilasohjeesta ja kehittää sitä sen mukaan. Potilasohjetta olisi myös tärkeää päivittää jatkossa vastaamaan uusimpia hoitotutkimuksia ja –suosituksia.

---

Asiasanat: kipsaus, potilaan omahoito, potilasohje

## **ABSTRACT**

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

TERO KORPELA & TYTTI TIMONEN  
Care of Plaster Cast at Home  
Patient Guide

Bachelor's thesis 45 pages, appendices 5 pages  
October 2015

---

The purpose of this study was to compile a written patient guide for patients recovering from a surgery involving a limb plaster cast. The study was conducted as a literature review and a patient guide is the product of this work. This subject was selected because there was a certain company from Tampere in a need of a good patient guide. They wished for a concise and patient-centered document. The objectives of this study were to examine what applying a plaster cast means and how one can manage the care of a plaster cast at home without causing any complications. Another objective was to clarify what are the characteristics of a high-quality patient guide.

The study consists of the report and the actual patient guide as appendices, divided into two sections: the lower and the upper limb exercises. Illustrations were used to display how these exercises should be performed. The patient guide was targeted at everyone regardless of medical knowledge.

The patient can use the guide at home to get familiar with the advice and do the exercises instructed at the nursing unit. The patient is advised to contact the nursing personnel immediately should problems arise.

It is important to investigate how this patient guide has helped in practice after it has been in use for a longer period of time. One way to improve the guide could be to collect feedback from patients after they have used it. The patient guide must be kept up to date by utilizing the latest nursing research.

---

Key words: plastering, patient self-help, patient guide

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	7
4	KIPSAUS .....	8
	4.1 Raajan kipsihoidon tavoitteet.....	8
	4.2 Kipsimateriaalit.....	9
	4.3 Kipsaus operaationa .....	10
5	POTILAAN OMAHOITO .....	14
	5.1 Kipsatun raajan tarkkailu ja arjessa toimiminen.....	14
	5.2 Kuntoutus .....	15
	5.2.1 Yläraajan liikeharjoitukset .....	16
	5.2.2 Alaraajan liikeharjoitukset .....	17
	5.3 Komplikaatiot ja ongelmat kipsihoidossa.....	18
6	POTILASOHJE.....	22
	6.1 Yleiset vaatimukset.....	22
	6.2 Sisällön vaatimukset .....	23
	6.3 Ulkoasun vaatimukset.....	25
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN .....	27
	7.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö .....	27
	7.2 Tuotoksen kuvaus .....	28
	7.3 Opinnäytetyön toteuttaminen.....	30
8	POHDINTA.....	33
	8.1 Luotettavuus ja eettisyys.....	33
	8.2 Tuotos ja johtopäätökset .....	35
	8.3 Prosessi ja kehittämissuhteet .....	36
	LÄHTEET.....	38
	LIITTEET .....	41
	Liite 1. Kipsatun alaraajan kotihoito-ohjeet .....	41
	Liite 2. Kipsatun yläraajan kotihoito-ohjeet.....	44

## 1 JOHDANTO

Yleisin tapaturmakirurginen päivystysongelma sairaaloissa ja avohoidossa ovat raajamurtumat. Näistä yleisimpiä ovat nilkan ja väärtinälöun alaosan murtumat (Roberts, Alhava, Höckerstedt & Leppäniemi (toim.) 2010, 197). Vuonna 2009 murtumien taustalla yli 70 prosenttia tapauksista oli koti- ja vapaa-ajan tapaturmia, joista noin 30 prosenttia kaatumisia ja liukastumisia. Onnettomuudet tapahtuivat pääasiassa nuorille liikuntaharrastusten parissa ja vanhuksille kotona. Nämä aiheuttivat vuodessa noin 55 000 luunmurtumatapausta ja 25 000 sairaalahoitojaksoa. (Hammar 2011, 364.)

Kipsihoidon pitkäkestoisuuden takia on tärkeää, että potilas itse ymmärtää kotona tapahtuvan hoidon ja kuntoutuksen merkityksen. Kipsin kanssa eläminen tuo omat haasteensa arkeen. Kipsauspotilaan potilasohjeen onkin tarkoitus antaa hyvät valmiudet kotona pärjäämiseen, sillä kipsi ei saa aiheuttaa enempää ongelmia kuin hoidettava vamma itsessään, (Kuisma, Heikkilä & Kassara 2009, 10.)

Potilasohjeet ovat osa terveysviestintää ja potilaan kokonaishoitoa. Jatkuvasti muuttuvien hoitokäytäntöjen takia hoitoajat ovat kuitenkin lyhentyneet entisestään. Lyhimmillään potilas saattaa viipyä toimenpiteessä vain muutaman tunnin. Tällöin ohjaamisen tavoitteena on auttaa potilasta hoitamaan itseään hyvin ja tukea häntä selviytymään murtuman kanssa. Kirjallisen ohjeen tueksi annetaan suullista ohjausta, jolloin niiden sisältö tulee paremmin ymmärretyksi. Ohjauksesta saatu tieto auttaa potilaita ennakoimaan tulevia tilanteita ja orientoitumaan niihin. Näiden tekijöiden avulla mahdollisten sairaalakäyntien määrää saadaan vähennettyä. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 7, 23-25.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä mukaan annettava potilasohje raajan kipsauksen jälkeen kotiutuville potilaille. ”Kirjallisia kotihoito-ohjeita on useita erilaisia, useilla toimipisteillä on omansa ja ne ovat usein lähes identtisiä keskenään” (Kuisma ym. 2009,32). Työelämän toiveena oli saada omannäköinen, tiivis ja ennen kaikkea potilaslähtöinen potilasohje kipsin kanssa elämiseen. Tämän aiheen valintaan vaikutti oma kiinnostus melko tuntemattomaan aiheeseen sekä opintojen kannalta sopivuus sisätautikirurgiseen suuntautumisvaihtoehtoon.

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä mukaan annettava potilasohje raajan kipsauksen jälkeen kotiutuville potilaille.

Opinnäytetyön tehtävät ovat:

- Mitä on kipsihoito?
- Miten kipsatun raajan omahoito toteutuu?
- Minkälainen on hyvä potilasohje?

Opinnäytetyön tavoitteena on tehdä potilasohje, joka helpottaa potilaan kotona pärjäämistä. Potilasohjeen tulee myös olla potilaalla tiedon ja turvallisuuden lisänä. Potilaan näkökulmasta kotiutustilanteessa informaatiota tulee paljon, joten on tärkeää, että potilaalla on samat ohjeet lisäksi kirjallisessa muodossa.

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyömme teoreettiset lähtökohdat on havainnollistettu kaavion muodossa (kuvio 1). Opinnäytetyö käsittelee potilasohjetta, joka annetaan potilaalle kotiutuessa raajan kipsauksen jälkeen. Keskeisiksi käsitteiksi työssämme muodostuivat kipsaus, potilaan omahoito ja potilasohje. Niistä saatavan teoriatiedon pohjalta ajattelimme luoda potilaslähtöisen ohjeen, joka oli myös työelämän toiveena.

Kipsauksen käsitteen valitsimme sen takia, koska tarvitsimme tietoa itse kipsauksesta, sen tavoitteista ja käytettävistä materiaaleista. Potilaan omahoidon kohdalla meidän tuli selvittää raajan tarkkailuun, kuntoutukseen ja ongelmiin liittyvät tilanteet. Näiden käsitteiden pohjalta pyrimme saamaan ohjeemme kirjallisen osuuden. Potilasohjeen kohdalle jäi selvitettäväksi hyvän potilasohjeen sisällön ja ulkoasun vaatimukset, jolloin pystyisimme rakentamaan parhaan mahdollisen ohjeen potilaiden käyttöön.



KUVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat.

## 4 KIPSAUS

Kipsaus on lääketieteellinen hoitomenetelmä luunmurtumien hoitoon, joiden oletetaan paranevan nopeasti. Kipsihoito on konservatiivisesta immobilisaatiohoitoa. Immobilisaatiolla tarkoitetaan tässä yhteydessä raajan liikkeen estämistä. (Salmi 2000, 347, Kröger 2010, 227).

Kipsauksella tarkoitetaan toimenpidettä, jossa murtuneen luun ympärille muotoillaan tukirakenne kipsimateriaalista (Määttä & Puustinen 2014). Kipsi on valmistettu joko kalkista, lasikuidusta tai muovikuidusta (Ahonen ym. 2012, 670). Kipsausta edeltävästi lääkäri arvioi murtuman asennon röntgenkuvasta ja suorittaa tarvittaessa luun kappaleiden reponoinnin eli virheasennon korjaamisen. Tämä tapahtuu murtuma-alueen huolellisen puuduttamisen ja kipulääkityksen turvin. (Määttä & Puustinen 2014.) Tämän jälkeen lääkäri tarkistaa kliinisesti murtuneen raajan stabiiliteetin eli liikkumattomuuden ennen kipsausta, lastoitusta tai muuta immobilisaatiokeinoa, kuten ortooseja eli tukisidoksia, teippauksia ja erilaisia sidoksia käytettäessä (Salmi 2000, 347).

Murtuman tulee olla niin stabiili, että raajalle pystyy varaamaan (Ahonen ym. 2012, 672). Varaamisella tarkoitetaan painon laskemista kuntoutettavalle raajalle (Saarelma 2015). Osapainovaraus, tarkoittaen noin 15 kilon painovarausta tai varaus kivun mukaan voidaan sallia kipsin kuivuttua (Salmikivi 2013). Ohjeet kipsatun raajan varaamisasteen laadusta, tarkoittaen joko täysin varaamatta, osapainovarausta tai täysipainovarausta, antaa hoitava lääkäri. Varaamisohjeet vaihtelevat yksilöllisesti ja murtumatyyppin mukaan. (Ahonen ym. 2012, 672.) Mikäli murtuma ei kolmessa kuukaudessa ole lujittunut, joudutaan yleensä turvautumaan ydinnaulaukseen (Kyrö ym. 2011, 1815–1816).

### 4.1 Raajan kipsihoidon tavoitteet

Kipsihoidon tavoitteena on palauttaa potilaan tila mahdollisimman nopeasti mahdollisimman lähelle vammaa edeltänyttä tilaa (Hammar 2011, 365). Kipsauksen päämääränä on immobilisoida loukkaantunut raaja siten, että luun fragmentit eli kappaleet tuetaan anatomian ja fysiologian kannalta parhaaseen mahdolliseen asentoon niin pitkäksi aikaa



kunnes luunmurtuma on parantunut (Kuisma ym. 2009, 26). Samalla kertaa hoidetaan myös mahdollinen pehmytkudosvamma (Hammar 2011, 365). Täysin instabiili eli epävakaa murtuma, jossa on lisäksi vielä laaja pehmytkudosvaurio, paranee poikkeuksetta hitaammin verrattuna sellaiseen murtumaan, jossa pehmytkudosvauriot ovat jääneet vähäisemmiksi. Umpimurtumat paranevat avomurtumia nopeammin. (Kröger ym. 2010, 227.)

Oikean materiaalin valinta, kipsioperaation onnistuminen sekä potilaan ohjaus ovat kaikki avainasemassa kipsihoidon onnistumisessa. Kipsausoperaatiota suunniteltaessa tulee ottaa huomioon potilaan perussairaudet, mahdolliset olemassa olevat liikkumisen rajoitteet, ikä sekä sosiaaliset rajoitteet. (Kuisma ym. 2009, 10.)

Hyvän kipsin laatuvaatimuksena ovat ensisijaisesti laadukkaat kipsausmateriaalit ja oikea, ammattitaitoinen kipsaustekniikka. Valmis onnistunut kipsaus on kestävä ja oikealla tavalla pehmustettu: kipsi tukee riittävästi, ei kiristä, hölsky tai paina. Kipsatessa tulee ottaa huomioon turvotus, jota esiintyy aina murtuma-alueilla. Oikein tehty kipsi sallii turvotuksen ja näin vähentää raajan verenkierron ja hermotuksen ahtautumista. (Kuisma ym. 2009, 28.)

Onnistuneen kipsin kanssa potilaan on helpompi tehdä kuntouttavia liikeharjoitteita eikä kipsi rajoita jokapäiväisiä toimintoja liiallisesti. Potilas esimerkiksi pystyy huolehtimaan henkilökohtaisesta hygieniastaan itse. Kipsin ei saa rajoittaa vapaaksi tarkoitettujen nivelien liikkeitä. (Kuisma ym. 2009, 10.) Muutoin se saattaa rajoittaa murtuneen luun molemmin puolin olevat nivelet liikkumattomiksi (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004, 701).

## **4.2 Kipsimateriaalit**

Kipsimateriaaleina voidaan käyttää massa- eli kalkkikipsiä, lasikuitukipsiä, pehmytkipsiä tai muovikipsiä. Kipsimateriaalit eroavat toisistaan käsittelyajan, kovuuden, joustokykynsä, keveytensä ja muiden käyttöominaisuuksiensa mukaan. Monissa kipsimateriaaleissa kipsin käsittelyaikaa voidaan säädellä veden lämpötilaa muunnellen (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Kipsimateriaalit (Kuisma ym. 2009, 11-12 ).

<b>Kipsimateriaalit</b>				
	<b>Massakipsi</b>	<b>Lasikuitukipsi</b>	<b>Pehmytkipsi</b>	<b>Muovikipsi</b>
<b>Materiaali</b>	Verkkokangas, johon liitetty kalkkimateriaali.	Lasikuitukangas, jossa polyuretaanihartsia.	Lasikuitu- tai muovikipsiä, joka on kyllästetty polyuretaaniresiinillä.	Polyesteripohjainen elastinen kipsiside.
<b>Toimintaperiaate</b>	Veden lämpötilalla voidaan säädellä käsittelyaikaa.	Lasikuitu kovettuu ja laminoi kerrokset toisiinsa. Mahdollista käyttää uppo- ja jälkikastelua.	Materiaalin kerrokset laminoituvat jättäen kipsin pehmeäksi ja joustavaksi.	Kipsi kovettuu. Mahdollista käyttää uppo- ja jälkikastelua
<b>Kovettumisaika</b>	2-3 vuorokautta. Tuottaa lämpöä kovettuessaan.	Veden lämpötilasta riippuen 30-60 minuuttia.	Voidaan säädellä veden lämpötilan mukaan.	Kovettumisaika noin 30 minuuttia.
<b>Muut ominaisuudet</b>	Helppokäyttöinen, hyvät muovautumisoiminaisuudet. Käytetään pääasiassa primäärikipsauksissa.	Kova ja joustamaton kipsi.	Pehmeä ja elastinen kipsi. Käytetään tavallisimmin yhdistelmäkipsissa kovan synteettisen kipsin kanssa.	Kevyt ja kestävä kipsi.

### 4.3 Kipsaus operaationa

Murtuman toteamisen, mahdollisen reponoinnin ja stabiliteetin luomisen jälkeen aloitetaan varsinainen kipsausoperaatio. Kipsin tekee yleensä erillisen kipsikoulutuksen saanut hoitaja tai lääkintävahtimestari. Myös lääkärit on koulutettu kipsaamiseen. Useimmissa tapauksissa kipsaamiseen osallistuu parikin henkilöä, sillä esimerkiksi nilkka-, sääri- tai rannemurtumissa murtumakohtaa täytyy pidellä tarkasti oikeassa asennossa koko toimenpiteen ajan. (Määttä & Puustinen 2014.)

Kuisma ym. (2009, 32.) kertoo, että kipsausoperaatio on tehtävä hyvässä yhteistyössä potilaan kanssa. Ennen toimenpiteen aloittamista potilaalle kerrotaan, mitä murtuneelle raajalle tehdään, mitä kipsauksessa käytettäviä materiaaleja käytetään, millainen kipsi tehdään ja miten se tehdään. Kipulääkityksestä ja puudutuksesta huolehditaan hyvissä

ajoin. ”Potilaan vaatetus tarkistetaan ahtaiden lahkeiden tai hihojen varalta ja vaihdetaan tarvittaessa väljempiin. Viimeisenä potilas laitetaan asentoon, jossa kipsaus tehdään ja suojataan potilas ja työtaso suojamuovilla.” (Kuisma ym. 2009, 32.)

Kipsin teko itsessään on kivuton toimenpide. Ensimmäinen vaihe on murtuneen raajan retentio eli paikoillaan pitäminen. Raajan asento säilytetään koko ajan samana. Esimerkiksi saapaskipsiä tehtäessä nilkka pidetään tarkasti 90 asteen kulmassa varoen jalkaterän sisäkiertoa. (Hammar 2011, 365.)

Seuraavassa vaiheessa kipsin alle jäävän ihon kunto tarkistetaan. Ehjä, hauras ja hilseilevä iho rasvataan perusvoiteella tai suihkeella ja annetaan imeytyä rauhassa. Mikäli kipsattavassa raajassa on ihorikko, leikkaushaava tai muu vastaavanlainen, valitaan suojaksi sopiva haavanhoitotuote haavan erityksen mukaisesti. Haavasidoksen tehtävänä on imeä haavasta tihkuva erite, ettei haava pääse hautumaan ja että eritettä ei pääse vuotamaan sukkaan, pehmusteisiin ja kipsiin. (Kuisma ym. 2009, 12.) Mahdollisten ompeleiden poisto haavalta voidaan suorittaa kipsin vaihdon yhteydessä (Ahonen ym. 2012, 672). Ihon kunnon tarkistuksen ja mahdollisen haavanhoidon jälkeen kipsattavaan raajaan asetetaan alussukka (kuva 1), jonka tehtävänä on suojata ihoa, lisätä kipsin käyttömukavuutta ja erotella pehmusteet ja kipsausmateriaalit toisistaan (Kuisma ym. 2009, 12).



KUVA 1. Alussukan laitto ennen pehmustamista.

Toisessa vaiheessa suoritetaan pehmustaminen (kuva 2), jossa raajan ja kipsimateriaalin väliin jäävä iho, luu-ulokkeet, ym. suojataan kipsihoidon aiheuttamilta vaurioilta. Pehmustekerroksen tulee ulottua kipsin reunojen yli. (Hammar 2011, 365.) Pehmustuskäytännöissä on joitakin sairaalakohtaisia eroja, mutta pääsääntöisesti liimapinta- ja vanu-pehmusteita käytetään kovien materiaalien kanssa (Kuisma ym. 2009, 13).



KUVA 2. Raajan pehmustaminen.

Pehmustamisen jälkeen kipsattavan raajan päälle muotoillaan kipsi valitusta kipsausmateriaalista. Kipsin toimintamekanismi käynnistyy, kun siihen lisätään vettä. Tällöin kipsi kiteytyy uudelleen muodostaen huokoisen, kiinteän massan. Murtumien hoidossa käytetään tehdasvalmisteista verkkomaista sidettä, jonka kudος on täytetty kipsijauheella. Kipsisiteen etuina ovat sen hengittävät ominaisuudet ja hyvä hankauksenkestokyky. (Kröger ym. 2010, 229.)

Kipsirulla kastellaan (kuva 3) materiaalivalmistajan suosituksen mukaan, yleisimmin 20–25 asteiseen veteen, jolloin sen sisältämät ainesosat alkavat reagoida kemiallisesti. Märkkää kipsiä voidaan vielä käsitellä ja muotoilla (kuva 4). (Kuisma ym. 2009, 11.)



KUVA 3 ja 4. Kipsirullan kostuttaminen vedellä, kipsin asettaminen ja retentio.

Kipsin kuivuminen alkaa jo noin kymmenen minuutin sisällä kipsauksen aloittamisesta ja on täysin kuivunut 48-72 tunnin kuluttua (kuva 5). Hitaan kuivumisen vuoksi potilasta ohjeistetaan suojaamaan kipsiä kolmen ensimmäisen vuorokauden ajan. Näin ollen

esimerkiksi kävelykipsiin ei tule varata painoa kolmeen vuorokauteen. (Kröger ym. 2010, 229.) Useimmissa tapauksissa raajasta otetaan vielä röntgenkuva kipsin laitton jälkeen jotta selviää, onko murtumakohdan asento pysynyt paikoillaan (Määttä & Puustinen 2014).



KUVA 5. Valmis saapaskipsi synteettisestä kipsausmateriaalista.

Tuoreissa luunmurtumavammoissa kipsi halkaistaan muotoilun loppuksi. Myös kiinnityssidokset ja pehmuste halkaistaan kokonaan. (Hammar 2011, 366.) Halkaisun tarkoituksena on mahdollistaa potilaan omatoiminen kipsin löysääminen silloin, kun murtunut kohta alkaa turvota. Näin kipsattu raaja ei joudu puristuksiin kipsin sisään ja vältetään puristuksen tuomilta komplikaatioilta. (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2012.)

Potilas pääsee lähtemään kotiin, kun lääkäri on röntgenkuvista todennut murtuman asennon virheettömäksi (Kassara ym. 2005, 295). Sairaanhoitaja Raisa Kallialan mukaan (2015) kontrolliaika seuraavan röntgenkuvan ottoon sovitaan potilaan kanssa noin viikon päähän. Kokonaisuudessaan potilas saattaa joutua käymään röntgen-kuvissa kipsihoidon aikana 1-2 kertaa. Ensimmäisen kontrollin yhteydessä kipsi voidaan samalla ummistaa 1-2 kipsikerroksella turvotuksen vähennyttyä (Kassara ym. 2005, 295.)

## 5 POTILAAN OMAHOITO

Omahoito tarkoittaa sitä, että potilas osallistuu aktiivisesti oman hoitonsa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Siinä painottuvat potilaan oman arjen asiantuntijuus, potilaan omien hoitopäätösten hyväksyminen ja räätälöidyt hoitoratkaisut. (Routasalo & Pitkälä, 2009, 6.)

Konservatiivinen immobilisaatiohoito on turvallinen ratkaisu monenlaisille potilaille. Se toimii myös hyvänä kivunhoitona ja potilas tarvitsee hoidon alkuvaiheessa vain vähän ohjeistusta. Kuitenkin kipsaushoidolle tyypillisen pitkäaikaisen liikkumattomuuden haittapuolena on lihasten surkastuminen, mahdollinen nivelen jäykistyminen ja siten jatkokuntoutumisen pitkittyminen. Tämän vuoksi potilaalla itsellään on suuri vastuu omahoidostaan. Huolellisesti ja säännöllisesti toteutettu omahoito vaikuttaa suoraan siihen, kuinka mutkattomasti raajan toimintakyvyn palautuminen tapahtuu kipsin poiston jälkeen. (Haapasalo, Laine & Mäenpää 2011. 2155-2164.)

Pitkälän ja Routasalon (2009, 11) mukaan potilaan omahoito-ohjauksessa ohjeita antavan hoitajan tai lääkärin on kiinnitettävä huomiota potilaan yksilöllisiin ominaisuuksiin ja valmiuksiin toteuttamaan kotona tapahtuvaa kuntoutusta. Omahoitoon vaikuttavia yksilöllisiä tekijöitä on paljon. Motivaatio, tilannetieto tämänhetkisestä terveydentilasta, käsitys vammasta ja sen hoidosta, tieto siitä kuinka oireita hoidetaan, potilaan omat terveyskomukset, perussairaudet, ikä sekä sosiaalinen tukiverkosto muodostavat lähtökohdat ohjaustilanteessa. Hyvä hoitaja osaa ottaa nämä seikat huomioon omahoito-ohjeita antaessaan. (Routasalon & Pitkälä 2009, 11.)

### 5.1 Kipsatun raajan tarkkailu ja arjessa toimiminen

Kuisman ym. (2009, 32) mukaan ennen potilaan kotiuttamista varmistetaan, ettei kipsi paina tai purista ja on muutenkin kotiuttamisen kannalta moitteeton. Potilasta opetetaan tarkkailemaan kipsattua raajaa erilaisten komplikaatioiden ehkäisemiseksi. Häntä neuvotaan kiinnittämään huomiota erityisesti turvotusten ja ääreisosanivelien, kuten sormien ja varpaiden väriin, tuntoon, lämpöön ja liikkuvuuteen. Mustelmien esiintyminen kipsin ylä- ja alareunoilla on tavallista, eikä niistä pidä huolestua. Potilaan tulee myös

tarkkailla kipsin kuntoa ja ottaa yhteyttä hoitavaan tahoon mikäli kipsi menee rikki, likaantuu, alkaa puristamaan tai painamaan. (Hannula 2011.)

Potilasta opastetaan myös toimimaan ja kulkemaan kipsin kanssa, joka etenkin alaraaja-kipsatuilla on hankalaa. Hoitaja käy potilaan kanssa läpi tilanteet, joissa kipsi saattaa tuottaa hankaluuksia, kuten WC-käynnit ja peseytyminen. Kipsiä ei saa kastella, joten saunominen ja kylpeminen on kielletty. Peseytyessä kipsi on suojattava esimerkiksi muovipussilla, joka teipataan huolellisesti kiinni ihoa vasten, jottei vesi pääse valumaan kipsin sisälle. (Ahonen ym. 2012, 672.) Potilaalle ohjataan myös vaatteiden vaihto ja portaissa kulkeminen. Tavallisimmin fysioterapeutti huolehtii liikkumisen opastamisesta ja hän opettaa potilaalle millaisia liikeharjoitteita hänen tulee tehdä kotona. On kuitenkin tilanteita, jolloin fysioterapeuttia ei ole käytettävissä. Näissä tilanteissa hoitajan tulee ohjata potilasta. (Kuisma ym. 2009, 32.)

Koti- ja jatkohoito-ohjeet annetaan potilaalle sekä suullisena että kirjallisena ja varmistetaan, että potilas on ne ymmärtänyt. Lääkäri laatii ohjeet esimerkiksi kipsatulle jalalle varaamisesta ja mahdollisista kontrolli-röntgenkuvien ottamisesta. Pitkäkestoisen alaraajakipsauksen kohdalla lääkäri saattaa myös harkita laskimotukosestolääkityksen määräämisestä. (Määttä & Puustinen 2014.)

## **5.2 Kuntoutus**

Raajan onnistuneen kipsauksen jälkeen alkaa potilaalla kotona tapahtuva kuntoutusjakso. Kun kipsi on kunnolla kovettunut eikä raajan kipu, turvotus tai muu tekijä haittaa jokapäiväisiä toimintoja, on ensiarvoisen tärkeää, että potilas aloittaa heti lihasten ja nivelten liikkuvuusharjoitukset. Kipsi-imobilisaatiosta seuraa lähes välittömästi nivelten ohimenevä jäykkyys ja jo lyhyen ajan kuluessa lihasten surkastumista. Yleensä nämä ongelmat helpottavat kuitenkin nopeasti liikeharjoitusten aloituksen myötä. (Kröger ym. 2010, 231.) Tehokkailla lihas- ja nivelharjoituksilla paitsi edistetään vamman paranemista, myös ylläpidetään verenkiertoa, vähennetään turvotusta, ehkäistään osteoporoosia, lihasten surkastumista sekä varpaiden ja nivelten jäykistymistä. Parhaan tuloksen paranemisen kannalta saavutetaan, kun potilas harjoittaa lihaksiaan ja niveliään sekä aktiivisesti että passiivisesti. Sopiva liikeharjoitusten määrä on noin 3-5 kertaa päivässä 15–20 toistoa kerrallaan. Aktiviteetti on erityisesti kohdistettava distaalsiin eli

ääreisosien niveliin, kuten sormiin ja varpaisiin. (Kröger ym. 2010, 231; Kuisma ym. 2009, 33.)

Jokaisessa kipsimallissa nivelten ja lihasten liikeharjoitukset pyritään aloittamaan mahdollisimman pian kipsin asettamisen jälkeen (Kuisma ym. 2009, 91). Potilaalle annetaan voimisteluohjeet mukaan kirjallisena ja häntä ohjataan tekemään liikeharjoituksia niin usein kuin mahdollista (Kassara ym. 2005, 296).

### **5.2.1 Yläraajan liikeharjoitukset**

Tyypillisin potilastyyppejä yläraajan murtumissa ovat ikäihmiset, erityisesti naiset, joilla on heikommat luut ja kohonnut kaatumisriski nuorempiin verrattuna. Toinen hyvin yleinen potilastyyppejä ovat nuoret aikuiset, jotka ovat murtaneet yläraajansa jonkin urheiluharrastuksen seurauksena, kaatumalla korkealta tai erilaisissa moottoriajoneuvonnettomuuksissa. (Ring, Burchill, Callamaro, Jupiter 2007, 73-74.) Yläraajan murtumatyyppejä on lukuisia erilaisia, yleisimmät tyypit ovat väärtinä-, ranne- ja veneluunmurtumat. Mikäli yläraajan murtuman asento on hyvä eikä luu ole liioin dislokoitunut eli poistunut paikoiltaan tai pirstaloitunut, voidaan hoito toteuttaa kipsauksella. Käsivarteen asetetaan kämmenselän puolelle lyhyt tai pitkä kipsilasta ja ranne pidetään 2-4 viikkoa niin sanotusti neutraaliasennossa. (Rawlins, 2005.)

Yläraajan liikeharjoitukset aloitetaan mahdollisimman pian kipsausoperaation jälkeen fysioterapeutin tai lääkärin ohjeistuksen mukaan. Pääsääntöisesti kaikkia kipsin ulkopuolelle jääviä niveliä tulee liikuttaa ahkerasti, mikäli kipu ei aseta liikkeelle rajoitteita. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, 2011.)

Yksinkertaiset liikeharjoitukset saa tehtyä parhaiten tukemalla kyynärpää esimerkiksi pöytää vasten. Ranne pidetään suorassa sormet kohti kattoa osoittaen. Tämän jälkeen sormia koukistetaan nyrkkiin ja suoristetaan vuorotellen. Koukistusvaiheessa peukalon tulee jäädä päällimmäiseksi. Suoristusvaiheessa sormet ojennetaan selkeästi erilleen toisistaan. Toisessa liikeharjoituksessa kämmen asetetaan alustaa vasten. Sormia vietään alustan pintaa pitkin vuorotellen yhteen ja erilleen. Liikeharjoituksen sarjan viimeisenä liikkeenä kosketetaan peukalolla vuorotellen jokaista sormen päätä. Jokaista



liikesarjan vaihetta olisi hyvä toistaa 15-20 kertaa hyvien tulosten saavuttamiseksi. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, 2011.)

Liikkeiden tarkoitus on aktivoida lihaksia, edistää verenkiertoa kipsatussa raajassa ja siten nopeuttaa paranemisprosessia. Raajassa voi esiintyä liikeharjoitusten jälkeen lievää kipua ja turvotusta verenkierron vilkastuessa. Tämän vuoksi ainakin ensimmäisinä kipsauksen jälkeisinä päivinä voi ottaa kipulääkkeeksi parasetamolia tai ibuprofeenia. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, 2011.)

### **5.2.2 Alaraajan liikeharjoitukset**

Alaraajojen isojen luiden, kuten reisi,- sääri ja pohjeluun murtumien yleisin aiheuttaja on ulkoinen suurienerginen voima, esimerkiksi liikenneonnettomuudet ja kaatumiset. Nilkan ja jalkapöydän luiden murtumat aiheutuvat tavallisesti liikuntaharrastuksissa tapahtuvien onnettomuuksien seurauksena. (Dandy & Edwards 2003, 231–260.)

Alaraajojen luiden murtumiin on olemassa erilaajuisia kipsauksia käyttöalueista riippuen. Näitä ovat perinteiset lyhyt- ja pitkä saapaskipsi säären- nilkan ja jalkapöydän murtumiin, kipsihylsy polven alueen murtumiin sekä niin kutsuttu geishan kenkä-kipsi jalkapöydän ja varpaiden alueen murtumiin. (Kuisma ym. 2009, 92–121.)

Kassaran ym. (2005, 296) mukaan, alaraajakipsatulle potilaalle opetetaan jo sairaalassa kyynärsauvojen avulla liikkumista. Hoitaja tarkistaa potilaan asennon seistessä: kipsattu jalka kevyesti eteenpäin koukistettuna, selkä suorana ja sauvat hieman etunojassa. Kävelemistekniikka sauvoilla tapahtuu viemällä sauvat kevyesti eteenpäin, painon laskeminen niiden varaan ja heti perään hyppy terveellä jalalla eteenpäin. Potilaan hallitessa kävelemisen aloitetaan harjoitella portaissa kulkemista: ylöspäin mentäessä ensin terve jalka portaalalle ja vasta sen jälkeen sauvat tulevat perässä. Vastaavasti alaspäin mentäessä ensin viedään sauvat askelmalle ja sen jälkeen jalat kipsattu raaja edellä. Sauvojen kanssa kulkemista harjoitellaan, kunnes se sujuu hyvin ja turvallisesti. (Kassara ym. 2005, 296)

Potilaalle on hyvä tähdentää voimistelun tärkeyttä alaraajan paranemisen kannalta. Alaraajan liikeharjoitusten tarkoituksena on verenkierron vilkastuttaminen, lihasvoiman ja

nivelten liikkuvuuden säilyminen sekä turvotuksen vähentäminen. (Kuopion yliopistollinen sairaala.) Kipsin sisälle jääviä lihaksia, esimerkiksi saapaskipsissä pohjelihasta, voi harjoittaa vuoroin jännittämällä ja vuoroin rentouttamalla (Kuisma ym. 2009, 33). Nilkan murtumissa pohjelihaksen jännitysharjoitusten ohella potilaan tulee harjoittaa suoraa reisilihasta alusta alkaen. Nilkan alueen murtumissa tyypillisin jälkivaiva on nilkan dorsifleksion eli selän puolelle tapahtuvan koukistuksen rajoittuminen. Sen vuoksi nilkan liikkeitä tulisi harjoittaa vähintään kolme kertaa päivässä useita liikkeitä kerrallaan. (Lääkäriin käsikirja 2005, 286.) Loppuvaiheessa nivelharjoitukseen voisi alkaa kohdistaa jo täydellistä kuormitusta. Raajan luonnollinen kuormitus optimoi luukudoksen verenkierron ja ravinnonsaannin normaalille tasolle. Täydellisen kuormitusvaiheen kesto olisi hyvä olla 2-4 viikkoa. Mikäli täydellisen kuormittavaa harjoitusta ei alaraajalle tehdä, johtaa se raajan turpoamiseen, jäykkyyteen ja kipuun kipsin poiston jälkeen. (Kröger ym. 2010, 231.)

### **5.3 Komplikaatiot ja ongelmat kipsihoidossa**

Kuisma ym. (2009, 27) mukaan kipsihoitoon ja sen eri vaiheisiin liittyy joitakin ongelmia ja komplikaatioita. Samalla murtumapotilaan fyysinen kunto, ravitsemustila, kuntoutukseen sitoutuminen, ikätekijät ja perussairaudet vaikuttavat paranemiseen joko suotuisasti tai komplikaatioita lisäävästi. Suuri osa näistä paranemista hidastuttavista tekijöistä on kuitenkin lievennettävissä tai ennaltaehkäistävässä potilaan huolellisella ohjauksella ja onnistuneella motivoinnilla itsensä hoitamiseen. (Kuisma ym. 2009, 27.)

Krögerin, ym. (2010, 223) mukaan murtuneen raajan luutumisprosessia tarkkaillaan kipsihoidon aikana sovitulla lääkäriin seurantakäynneillä. Joissakin tapauksissa luu ei aina parane normaalissa ajassa. Pahimmassa tapauksessa luutumista ei tapahdu lainkaan. Luutumisprosessi katsotaan hidastuneeksi jos kolmen kuukauden jälkeen hoidon aloittamisesta murtumakohdassa ei ole havaittavissa radiologisia tai kliinisiä merkkejä luutumisesta. Kliinisessä tutkimuksessa murtumakohdassa voi tällöin todeta kipua ja hetkumistä, vaikka toipumisajan puolesta sen pitäisi olla lujittunut. Mikäli murtumakohdassa ei vielä 6-12 kuukauden jälkeenkään ole tapahtunut merkittävää edistystä paranemiseen, katsotaan murtuma luutumattomaksi. (Kröger ym. 2010, 223.)

Hidastuneen luutumisen tärkeimpinä syinä Krögerin ym. (2010, 223) mukaan pidetään ympäröivien pehmytkudosten vauriota, riittämätöntä stabilointia, luun verenkiertohäiriötä, murtumafragmenttien distaasia eli hajallaan olemista sekä murtuma-alueen infektiota. Myötävaikuttavia tekijöitä hidastuneen luutumisen synnyssä on myös useita. Näistä tekijöistä tupakoinnin, kortikosteroidihoidon, diabeteksen, lihasaitio-oireyhtymän, tulehduskipulääkkeiden ja eräiden epilepsialääkkeiden on todistetusti huomattu vaikuttavan luutumiseen hidastavasti. (Kröger ym. 2010, 223.)

Osteoporoosi on ikääntymiseen liittyvä fysiologinen ilmiö, mutta se tarkoittaa myös luustoon liittyvää yleissairautta. Näissä kummassakin tapauksessa luiden heikentynyt lujuus altistaa luunmurtumille. Luiden heikentyneellä lujuudella tarkoitetaan luun määrän tai tiheyden vähenemistä. Tällöin luun sisällä olevat luupalkit ovat hauraita ja huokoisia ja niillä on taipumus katketa helposti. (Kröger, 2012, 141.)

Kuisman ym. (2009, 27) mukaan liikkumattomuus raajan pitkäaikaisen kipsihoidon aikana johtaa aina jonkinasteiseen luun kalkkipitoisuuden vähenemisestä johtuvaan osteoporoosiin. Raajan kipsihoidon aikana osteoporoosia pystyy ehkäisemään mahdollisimman varhaisessa vaiheessa aloitettavilla liikeharjoituksilla. Liikeharjoitusten tulee olla luustoa kuormittavia optimaalisen paranemisen ja luun lujuuden takaamiseksi. Lisäksi monipuolinen ruokavalio, etenkin kalsiumin ja D-vitamiinin saanti on tärkeää luun muodostumisen kannalta. Myös kahvin ja alkoholin kohtuullinen nauttiminen, tupakoinnin lopettaminen ja muiden tunnettujen elintapariskitekiäjien välttäminen on tärkeää potilaan ikään katsomatta. (Kröger, 2012, 143.)

Murtuneiden luiden repositio ja paikoillaan pito eli retentio kipsin teon yhteydessä ovat tarkkuutta ja taitoa vaativia työvaiheita. Osaavista käsistä huolimatta, kaikki murtumat pyrkivät dislokoitumaan eli siirtymään pois paikoiltaan uudelleen. Tällöin virheasento pyritään korjaamaan uudella repositiolla. (Kröger ym. 2010, 229.) Virheasennot syntyvät ensimmäisten päivien ja viikkojen aikana. Virheasentojen ehkäisemisen vuoksi ensimmäinen röntgenkontrolli sovitaan viikon päähän kipsauksesta missä luun kappaleiden asento tarkistetaan (Kuisma ym. 2009, 28.) Murtuman dislokoituminen on ehkäistävissä huolellisella kipsaamisella (Kassara ym. 2005, 298) ja potilaan ohjauksella: raajan liiallinen käyttö, kuten raskaiden kuormien siirtely kipsatulla kädellä tai kipsatulle jalalle astuminen voi johtaa murtumakappaleiden liikkumiseen kipsin sisällä (Kuisma ym. 2009, 28).

Kassara ym. (2005, 298) kirjoittaa, että murtumatapahtuman yhteydessä raajan pehmytkudoksiin tulleet vauriot aiheuttavat turvotusta ja kipua. Varpaiden ja sormien väri ja tunto tulee pysyä normaaleina (Ahonen ym. 2012, 672). Hoitopaikan yleisen ohjeen mukaan potilas voi ottaa kipulääkkeeksi ibuprofeenia tai parasetamolia tai näitä molempia yhdellä kertaa (Kalliala, 2015.) Raajan kohoasento aina levossa ollessa on myös hyvä keino hillitä turvotusta ja sen mukanaan tuomaa puristuksen tunnetta. Normaalisti turvotus laskee hiljalleen ajan myötä. Potilasta ohjataan tekemään liikeharjoitteita raajan veri- ja nestekierron parantamiseksi kivun sallimissa rajoissa. Jos raajassa vielä päivien jälkeen tuntuu pahaa kipua, raajan turvotus lisääntyy uudelleen ja siihen liittyy kuumotusta, voi taustalla olla esimerkiksi painauma, tulehdus tai trombi eli verihyytymän aiheuttama verisuonen tukkeuma. Potilasta tulee ohjata ottamaan pikaisesti yhteyttä hoitopaikkaan näiden oireiden ilmaannuttua. (Kassara ym. 2005, 298.)

Eräs vakava komplikaatio kipsihoidossa on laskimotukos. Laskimotukoksen riski on korkea etenkin alaraajojen suurien luiden, reisi- ja sääriluun murtumissa. Laskimotukos voi aiheutua suonien seinämien vauriosta, lisääntyneestä tukosalttiudesta kuten perintötekijöistä tai veren hidastuneesta virtauksesta (Halinen, Lassila & Tarnanen 2010). Riskiä lisää verenkierron ja lihasten toiminnan heikentymisen lisäksi potilaan korkea ikä, aikaisempi syvä laskimotukos, avomurtuma ja raajan pitkäaikainen liikkumattomuus. Syvän laskimotukoksen oireita ovat koko alaraajan tai pohkeen turvotus ja kipu raajan ollessa alaspäin, kuumotus ja punoitus. Leposärkyä ilmenee myös raajan ollessa kohoasennossa. Tukos voi kuitenkin olla pitkään myös täysin oireeton. Syvän laskimon tukoksesta voi seurata hyytymäkappaleiden tai koko hyytymän irtoaminen verenkiertoon, aiheuttaen keuhkoembolian eli keuhkoveritulpan. (Ahonen ym. 2012, 670.)

Laskimotukoksen syntyä voi ehkäistä raajan kohoasennolla, tehokkaalla kuntouttamisella ja liikunnalla (Kuisma, ym. 2009, 29). Niiden potilaiden kohdalla joilla on suurentunut laskimotukosriski, lääkäri suunnittelee tarpeen mukaan laskimotukosta ennaltaehkäisevän lääkehoidon (Tarnanen, Malmivaara & Kyrö, 2011).

Hikoilu, kipsimateriaalit ja ihon kuivuminen voivat aiheuttaa ihon kutiamista ja ihottumaa. Potilasta ohjeistetaan tarkoin olemaan raapimatta kutiavaa ihoa kipsin sisältä terävillä esineillä, sillä iho voi rikkoutua ja aiheuttaa pahimmillaan infektion. Kutinan ja ihottuman ehkäisemiseksi kipsattavan raajan iho rasvataan huolella. Ihon hoito, eli pesu

ja rasvaus, suoritetaan myös jokaisen mahdollisen kipsin vaihdon yhteydessä. (Kassara ym. 2005, 298.)

Aitiopaineoireyhtymä on vakava, akuutti vaurio lihaksessa. Se ilmenee yleisimmin kyy-närvarressa tai sääressä ja sen syntyyn vaikuttavat rankka rasitus tai ulkoinen trauma, esimerkiksi vaikea luunmurtuma. Aitiopaineoireyhtymä kehittyy, kun lihasta ympäröivä faskia eli lihaskalvo ei anna periksi trauman aiheuttamalla voimakkaalle turvotukselle ja verenvuodolle. Suljetun lihasaition kasvava paine aiheuttaa voimakasta kipua, turvotusta, värimuutoksia ja tunnottomuutta raajassa. Aitiopaineoireyhtymän voi kasvaneen kivun lisäksi tunnistaa siitä, että vahingoittunutta raajaa on hankala käyttää ja liikuttaa. Nämä ennakkomerkit tunnistessaan potilaan tulee hakeutua välittömästi hoitoon, jossa suoritetaan faskiotomia eli lihaskalvon avaaminen kirurgisesti. Hoitamattomana tila voi johtaa pahimmillaan hermovaurioihin, hapenpuutteeseen ja lopulliseen lihasnekroosiin eli kuolioon. (Johansson 2010, 42–43.)

Kipsauspotilas voi myös elämäntavoillaan huomaamatta vaikuttaa haitallisesti paranemiseensa. Eräs paranemiseen vaikuttava ongelmallinen elämäntapa on runsas tupakan käyttö. Tupakointi hidastuttaa luutumisprosessia ja altistaa kipsihoidosta johtuvan raajan pitkäaikaisen liikkumattomuuden ohella osteoporoosille. Tupakoivalle potilaalle suositellaan tupakoinnin lopettamista ja hänelle tulee tarjota apuvälineitä tupakan käytön lopettamiseen. (Kyrö ym. 2011, 1815–1816.)

## 6 POTILASOHJE

”Jos kirjallinen ohje on hyvin suunniteltu, tehokas, oikein suunnattu ja asiakkaan oppimiskyvyn huomioiva, asiakas voi käyttää sitä itseopiskeluun.” (Kyngäs ym. 2007, 125.) Tämän kaltaiseen potilasohjeen luomiseen pyrimme myös omassa tuotoksessamme, sellaiseen, mikä palvelee kohderyhmäämme parhaiten.

### 6.1 Yleiset vaatimukset

Nykyisin suulliselle ohjaukselle jää yhä vähemmän aikaa. Tämän johdosta kirjallisten ohjeiden merkitys onkin noussut tärkeään osaan, jotta potilas saa tarvitsemansa tiedon tilanteen vaatimalla tavalla. (Kyngäs, Kääriäinen & Lipponen 2006, 66.) Kirjallisten ohjeiden avulla potilaille voidaan välittää tietoa tulevista hoidoista ja antaa ohjeita heidän kotiutuessaan. Ohjeen tulisi olla jokaiselle sopiva ja heidän tarpeidensa ja tietojensa mukainen. Potilaiden mielestä kirjalliset ohjeet täydentävät hyvin suullista opetusta ja ovat myöhemmin tukena ja turvana, mistä voi tarkastaa tietoa tarpeen tullen. (Kyngäs ym. 2007, 124.)

Kyngäksen ym. (2007, 125) mukaan ohjeet ovat useimmiten kirjoitettu liian vaikeiksi potilaille, minkä takia ohjeiden sanoma ei tule heille selväksi. Asiat saatetaan esittää liian yleisesti ja laajasti, jolloin potilaiden tarpeiden huomiointi jää liian niukaksi. Ymmärrettävyyteen tulisi kiinnittää myös huomiota. Nämä asiat saattavat heikentää muuten hyvin onnistunutta ohjausta ja potilaat saattavat ymmärtää esitetyn asian väärin. Huonosti ymmärretyt ohjeet voivat lisätä potilaan huolestuneisuutta ja pelkoa. (Kyngäs ym. 2007, 125.)

Kirjallinen ohjeistus perustuu ohjeiden oikeellisuuteen ja niiden kerrontatapaan. Ohjeet eivät voi olla liiallista käskytystä, sillä potilaiden itsemääräämisoikeuden toteutuminen terveydenhuollossa tulee ottaa myös huomioon. Tämä toteutuu, kun potilaalle on annettu selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden merkityksestä. Lisäksi hän tarvitsee tietoa mahdollisista komplikaatioista, sairautteen liittyvästä epävarmuudesta ja lääkityksestä. (Kyngäs ym. 2007, 124.) Näihin asioi-

hin pohjautuen potilaan on mahdollista osallistua aktiivisesti omaan terveyteensä koskevassa päätöksenteossa (Lipponen ym. 2006, 66).

Potilasohjeiden tärkeimmät tavoitteet ovat potilaiden ohjaaminen ja vastaaminen heitä askarruttaviin kysymyksiin. Ohjeen avulla yritetään ehkäistä ja korjata väärinkäsityksiä, vähentää ahdistuneisuutta ja lisätä tietoa saatavilla olevista palveluista. (Lipponen ym. 2006, 66.) Ohjeiden tulisi kannustaa omaan toimintaan, jolloin potilaalla olisi halua tietää millä tavalla oireita saisi lievitettyä ja tilanne ei pääsisi ainakaan pahenemaan (Hyvärinen 2005, 1769). Tämän takia on tärkeää valita sopiva ajankohta ja paikka, jolloin ohjausmateriaali tarjotaan potilaalle (Kynäs ym. 2007, 125).

## 6.2 Sisällön vaatimukset

Lähdettäessä kirjoittamaan potilasohjetta on muistettava sen kaksi lähtökohtaa: työelämän ja potilaiden tarpeet. Työelämän tavoitteena on silloin ohjata potilaita oikein ja potilailla taas olennaisen tiedon saaminen. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 35.) Olennainen osa alkuvaiheessa on muistaa pohtia kenelle ohje on ensisijaisesti suunnattu. Tällöin ohje puhuttelee lukijaansa ja hän saa heti käsityksen, että se on kirjoitettu hänelle. Erityiseen asemaan se nousee, kun ohjeessa puhutellaan potilasta esimerkiksi toimenpiteeseen valmistautuessa. (Lipponen ym. 2006, 67; Torkkola ym. 2002, 36.) Pitää myös muistaa, että monesti ohjeen lukija on maallikko, jolloin tulee muistaa käyttää yleiskielisiä sanoja. Lauseiden ja virkkeiden tulisi myös olla kertalukemisella ymmärrettäviä. Jos joudutaan käyttämään vierasperäisiä sanoja, tulee ne kirjoittaa auki välittömästi ja pitkissä ohjeissa olla oma sanastonsa vierasperäisille sanoille. (Hyvärinen 2005, 1769.) Näiden asioiden johdosta ohje olisi hyvä antaa jo laatimisvaiheessa maallikoiden luettavaksi, koska usein tekijän omat silmät ovat saattaneet jo sokeutua tekstille. Tällöin pahimmat virheet luultavimmin karsiutuisivat pois ja tulisi tietoa, mitkä asiat kaipaavat vielä tarkennusta. (Hyvärinen 2005, 1772; Nurmi & Järvi 2012.)

Teitittelyä potilasohjeessa voi käyttää aina. Suosituksena on, että Te-sana kirjoitetaan isolla, mutta sääntö ei kuitenkaan ole ehdoton. Tämän vuoksi ohjeita kirjoitettaessa yksikön on hyvä sopia teititelläänkö vai sinutellaanko potilaita. Epävarmuustilanteissa teitittely on kuitenkin parempi vaihtoehto, (Torkkola ym. 2002, 37.) Teksti olisi hyvä kirjoittaa myös aktiivimuodossa, sillä se luo lukijalle tunteen, että ohje on kirjoitettu

juuri häntä varten. Puhuttelu ei silti saa olla liiallista käskytystä, sillä se heikentää hyvän ja luottamuksellisen hoitosuhteen laatua. (Lipponen ym. 2006, 67; Torkkola ym. 2002, 37.) Nummen ja Järven (2012) mukaan Älä- ja Ei-sanalla alkavat kieltolauseet ohjeissa on myös koettu erityisen hankaliksi, sillä ne ovat olleet hankalia selventää potilaille jopa hoitajien toimesta. Näin ollen pelkkä neuvominen ei siis riitä vaan ohjeiden sisällön perustelulla ja selittämällä voidaan selventää tiettyjen toimintatapojen tärkeyttä (Lipponen ym. 2006, 67; Torkkola ym. 2002, 38; Hyvärinen 2005, 1770). Heti ohjeen alussa voidaan tuoda potilaan oma hyöty esille, sillä se koetaan useimmiten houkuttelevimpana perusteluna (Hyvärinen 2005, 1770).

Potilasohjeen yksi isoimmista ymmärrettävyyteen vaikuttavista asioista on asioiden esittämisjärjestys. Tämä tarkoittaa sitä, että jokainen teksti sisältää juonen, jolloin lukijan on helpompi ymmärtää sitä. Erilaisia juoniratkaisuja voivat olla aikajärjestys, tärkeysjärjestys tai aihepiirit. Järjestystä valittaessa tulee ottaa huomioon mitä sillä halutaan saada aikaan tai missä tilanteissa sitä käytetään. Tärkeysjärjestystä pidetään kuitenkin toimivimpana vaihtoehtona ja tällöin asiat on ilmaistava potilaan näkökulmasta, jolloin myös vain ohjeen alun lukeneet saavat tiedon tärkeimmistä asioista. (Torkkola ym. 2002, 39; Hyvärinen 2005, 1769–1770.)

Tärkeysjärjestyksen ohella täytyy muistaa sopiva kappalejako. Kappaleessa kerrotaan yksi asiakokonaisuus, jolloin se parantaa ohjeen ymmärrettävyyttä. (Torkkola ym. 2002, 43.) Ohjenuorana voi miettiä, että jokaiselle kappaleelle tulisi keksiä oma otsikkonsa. Tekstissä voi olla myös luettelma, jolloin pitkät lauseet ja virkkeet saadaan eroteltua pienemmiksi. Ne toimivat hyvin ohjeen jaksottajina. (Hyvärinen 2005, 1770.)

Otsikot ja väliotsikot ovat tärkeimmät osat luettavuuden kannalta, sillä ne selkeyttävät ja keventävät ohjetta. Pääotsikko kertoo käsiteltävän aiheen, joka parhaimmillaan herättää lukijan mielenkiinnon tekstiin. Puhuttelulla siitä saa myös tehtyä henkilökohtaisemman. Väliotsikot auttavat lukijaa hahmottamaan mistä asioista teksti koostuu ja jakaa sen sopiviin osiin. Ne saattavat koostua pelkästään yhdestä sanasta, jolloin ne toimivat hyvin ja ovat selkeitä. (Torkkola ym. 2002, 39–40; Hyvärinen 2005, 1770.) Ohjeen pituudesta riippuen kannattaa kiinnittää huomiota väliotsikoiden määrään ja mahdollisuuksien mukaan yhdistellä niitä tarpeen mukaan (Hyvärinen 2005, 1770).



Potilasohjeissa käytettävät kuvat auttavat ymmärtämään käsiteltävää asiaa ja herättävät mielenkiintoa. Kuvia käytetään sekä tukemaan ja täydentämään tekstiä että kuvituskuvin. Kuvien valitseminen on tärkeää, sillä parhaimmillaan ne lisäävät luettavuutta, kiinnostavuutta ja ymmärrettävyyttä. Kuvien luentaa ohjaavat kuvatekstit, joten niitä ei missään nimessä saa jättää tekstittämättä. Teksti saattaa kertoa jotain sellaista, mikä ei pelkästä kuvasta heti osu silmään. Kuvien käytössä pitää muistaa tekijänoikeudet. (Torkkola ym. 2002, 40–41.)

### 6.3 Ulkoasun vaatimukset

Kattava sisältö ei pelkästään riitä hyvän ohjeen tunnusmerkiksi, sillä ulkoasu palvelee ohjeen sisältöä (Leino- Kilpi & Salanterä 2009, 7; Torkkola ym. 2002, 53). Hyvän ohjeen ensisijainen kriteeri on hyvä taitto eli tekstin ja kuvien asettelu paperille, jolloin se houkuttelee lukemaan ja parantaa ymmärrettävyyttä. Ohjeeseen jäävästä tyhjästä tilasta ei kannata ahdistua, sillä tilava taitto lisää myös ohjeen ymmärrettävyyttä, kun suurta määrää tietoa ei ole tukittu pieneen tilaan. (Torkkola ym. 2002, 53.)

Taiton suunnittelu aloitetaan asettelumallista, jonka avulla ohjeen elementit, otsikot, tekstit ja kuvat asetellaan paikoilleen. Asettelumalli toimii ohjeen pohjana. Asettelumallin käyttöön ei tarvitse erillistä taitto-ohjelmaa, vaan sen voi toteuttaa normaalilla tekstinkäsittelyohjelmalla. Potilasohjeet tehdään useimmiten joko pysty- tai vaakasennossa olevalle A4- paperille. Pystymalli sopii parhaiten yksi- ja kaksisivuisille ohjeille, mutta sivumäärän kasvaessa suositellaan käytettäväksi taitettavaa vaakamallia. (Torkkola ym. 2002, 55–56.)

Asettelumallia varten tulee päättää myös monia muita asioita. Marginaalien leveydellä voidaan päättää kuinka ilmava ohjeesta tulee. Alamarginaali voikin olla esimerkiksi ylämarginaalia leveämpi. Marginaaleja voidaan käyttää ilmaisemaan tekijä-, tunniste- ja päivitystietoja. Ohjeen teksti voidaan jakaa yhteen tai useampaan palstaan. Potilasohjeissa toimivimmaksi ratkaisuksi on todettu jakaminen kahteen palstaan, jolloin ihan-teellinen rivin pituus on 55–60 merkkiä. Kappaleet tulisi erottaa toisistaan välillä, ettei ohjeesta tule liian raskaan näköinen. (Lipponen ym. 2006, 68; Torkkola ym. 2002, 58–59.)

Hyvänä fonttikokona pidetään 12, jolloin myös rivivälin tulisi olla vähintään puolitoista. Tällöin teksti on ilmavampaa ja luontevampaa lukea. Fontin kirjaimien tulisi erottua toisistaan sekä taustastaan ja olla helposti luettavia. Leipätekstissä pienaakkosten käyttö on suotavaa, mutta otsikoissa voi käyttää myös suuraakkosia. Otsikoiden tulee olla selkeitä ja lyhyitä ja ne voi erottaa näkyvimmiiksi lihavoinnin, isomman tekstin tai alleviivauksen avulla. Leipätekstissä alleviivausta tulee kuitenkin välttää, sillä se saattaa tehdä tekstistä ahdasta. Lihavoinnilla saadaan aikaan siisti ja paras korostus. Kursivointia voidaan käyttää suorien lainauksien yhteydessä. (Lipponen ym. 2006, 68; Torkkola ym. 2002, 58–59.)

Potilasohjeessa värien käytön tulisi olla mahdollisimman hillittyä. Kuitenkin tulee huomioida, että värillisillä esitteillä huomioarvo on korkeampi kuin pelkillä mustavalkoisilla. Näin ollen värien avulla voidaan tuoda paremmin esille tärkeitä asioita. Ohjeen pohjan olisi hyvä olla valkoinen ja paperin mattapintainen, jolloin se ei kiiltele valossa ja on näin helpompaa lukea. (Lipponen ym. 2006, 68.)

## 7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

”Jo nimi ”opinnäytetyö” kertoo jotain. Se on *näyte*, eräänlainen osoitus siitä, mitä olet matkan varrella oppinut. Toiseksi on kyse *työstä*, sanan varsinaisessa merkityksessä, sinun tekemästäsi työstä.” (Hakala 2004, 7.) Ammattikorkeakoulusta valmistuessaan opiskelijan tulisi olla alansa asiantuntija. Koulutuksensa loppuvaiheessa opiskelija tekee opinnäytetyön, jolla hän voi osoittaa asiantuntijuutensa. Toiminnallinen opinnäytetyö on yksi vaihtoehto ammattikorkeakoulussa tehtävistä opinnäytetöistä. (Vilkka & Airaksinen 2003, 9-10.)

### 7.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö

Ammatillisessa kentässä tuotokseen painottuva opinnäytetyö tavoittelee käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Lopullinen tuotos on aina jokin konkreettinen tuote, kuten ohje, kirja, vihko tai kotisivut. (Vilkka & Airaksinen 2003, 9.) Työelämästä tuleva opinnäytetyöaihe lisää vastuunottoa työstä itsestään ja opettaa muun muassa suunnitelman tekemistä, toimintaehtojen ja –tavoitteiden laatimista, aikataulutettua toimintaa sekä tiimityötä. Opinnäytetyön avulla pääsee myös näyttämään tietonsa ja taitonsa työelämään ja sen tarpeisiin, jolloin se pyrkii olemaan aina edellistään parempi tai jopa kokonaan uusi. (Vilkka & Airaksinen 2003, 17; Salonen 2013, 25.)

Salosen (2013) mukaan opinnäytetyön tekijän on ymmärrettävä, että opinnäytetyön raportti on kirjallinen esitys hankkeesta, jonka tuloksena syntyy erityinen ja erillinen tuotos. Opinnäytetyön raportista tulee selvittää mitä, miten ja miksi on tehty. Työprosessin vaiheita tulee kuvailla ja millaisiin tuloksiin ja johtopäätöksiin on päästy. Tekstistä tulee myös nousta esille oman prosessin, tuotoksen ja oppimisen arviointi. Tällöin lukija pääsee käsitykseen kuinka työn tekijä on työssään onnistunut ja kertoo hänen ammatillisesta ja persoonallisesta kasvustaan. Tuotokselta taas vaaditaan erilaisia tekstillisiä ominaisuuksia raporttiin verrattuna, sillä raportissa selostettaessa prosessia ja oppimista tuotoksen tekstissä puhutellaan sen kohderyhmää. Tällöin tekstin tulee olla erilaista verrattuna raporttiin ja tämä kaksijakoisuus tulisi pitää mielessä alusta asti tuotokseen painottuvan opinnäytetyön teossa. (Vilkka & Airaksinen 2003, 65.)

## 7.2 Tuotoksen kuvaus

Kirjallisen potilasohjeen sisältöön ja ulkoasuun vaikuttivat suuresti työelämäyhteyden toivomukset. Opinnäytetyö pohjautuu työelämän tarpeisiin saada kokonaan uusi potilasohje koskien kipsauksen jälkeistä toipumista kotona. Työelämäyhteydellä oli jo valmiiksi omia toivomuksia muun muassa käsiteltävistä aiheista ja ohjeen pituudesta. Potilasohjeen pohjan saimme suoraan heiltä ja ulkoasuun otimme ohjeistusta heidän omasta graafisesta ohjeistostaan. Työelämäpalaverin yhteydessä saimme heiltä heidän muita potilasohjeitaan, joista saimme vinkkejä omaan ohjeeseemme. Potilasohjeen kokoamiseen ja kuvankäsittelyyn käytimme Microsoft Word-tekstinkäsittelyohjelmaa. Tuotoksen sisältö rakentuu kotihoito-ohjeessa niin, että ensin kerrotaan kuinka toimia kipsin kanssa kotioloissa oikein, kuinka tarkkailla kipsattua raajaa ja millaisissa tilanteissa on syytä ottaa yhteyttä hoitavaan tahoon. Kirjallisia ohjeita seuraa kuva-osio, jossa kyynärsauvojen kanssa liikkuminen ja liikeharjoitukset on ilmaistu kuvin ja kuvatekstein. Tuotoksen laajuudeksi tuli yhteensä viisi sivua, sillä muodostimme omat ohjeet ala- ja yläraajan kipsauksiin liittyen. Saadaksemme ohjeesta mahdollisimman helposti ymmärrettävän, halusimme testata sitä antamalla sen ulkopuolisten vapaaehtoisten henkilöiden luettavaksi. Heiltä saimme palautetta tuotoksesta ja mahdollisia muutosehdotuksia.

Ensimmäiseksi kirjalliselle potilasohjeelle lähdimme miettimään kohderyhmää. Kohderyhmän rajasimme koskemaan aikuisia potilaita, jotka kotiutuvat joko saapaskipsin tai käden kipsilastan kanssa. Lopullisessa tuotoksessa kohderyhmän rajaamisen näkee hyvin puhuttelutavassa ja yleiskielen käytössä. Puhutteluun valitsimme teitittelyn ja aktiivimuodon, koska se oli havaittavissa myös muissa työelämäyhteyden ohjeissa ja niitä pidettiin muutenkin parempana vaihtoehtona. Ohjeessamme on käytetty pelkästään yleiskielisiä sanoja, jolloin se olisi helposti ymmärrettävissä. Muutamassa kohdassa jouduimme käyttämään älä- ja ei-sanaa, koska mielestämme asiaa ei olisi muuten saanut tuotua tarpeeksi jämäkästi esille.

Potilasohjeemme esittämisjärjestystä on hieman vaikea arvioida. Tärkeys- tai aikajärjestykseen niitä ei voi luokitella, koska kaikki asiat ovat tasapuolisesti yhtä tärkeitä ja ajasta riippumattomia. Parhaiten saimme koottua teoksen aihepiireittäin. Jaoimme kappaleet sopiviin asiakokonaisuuksiin omien otsikoidensa alle ja näin ne jaksottavat ohjetta hy-

vin. Mielestämme otsikot ovat onnistuneet hyvin. Pääotsikko kertoo käsiteltävän aiheen ja väliotsikot hahmottavat, mistä asioista kyseisessä kappaleessa puhutaan ja johdattelee lukijaa. Otsikoiden määrä on myös sopiva tämän pituiseen potilasohjeeseen. Kuvia ohjeessamme on käytetty kuvaamaan ohjeen sisältämiä liikeharjoituksia, joilla pyritään hahmottamaan tehtäviä liikkeitä. Jokaisella kuvalla on myös omat kuvatekstit, joilla selvennetään kuvan antamaa mielikuvaa liikeharjoituksesta.

Meidän ohjeessamme taiton osuus oli oikeastaan alusta asti hyvin selvillä. Ensin asetimme pelkän tekstiosuuden jaettuna kahteen kappaleeseen, minkä jälkeen kuvat ja kuvatekstit seuraaville sivuille. Hankalinta oli kuitenkin päättää, millä tavalla saisimme kuvat ja kuvatekstit sommiteltua siististi. Lopulta päädyimme sijoittamaan tekstit kuvan oikealle puolelle samaan linjaan. Alusta asti oli myös selvää, että valitsimme potilasohjeelle pystyasennon A4-paperille. Ohjeen marginaalit olivat ohjeessa valmiiksi. Ylämarginaali on leveämpi, koska siinä sijaitsee myös työelämäyhteyden logo.

Työssämme fonttikooksi leipätekstin osalta valikoitui 12. Kuvateksteissä jouduimme käyttämään fonttikokoa 11, koska muuten tekstit eivät olisi mahtuneet järkevästi niille varattuun tilaan ja olisivat mahdollisesti pidentäneet ohjetta. Arvioimme kuitenkin tekstin olevan riittävän suurta, että siitä sai vielä selvän. Riviväliä jouduimme typistämään suositellusta puolestatoista 1,15. Tässäkin kohtaa ohjeen pituuden koimme rajoittavaksi tekijäksi. Itse fontista halusimme mahdollisimman selkeän, minkä vuoksi valitsimme Calibrin tekstityyliksi. Otsikoista pyrimme muodostamaan mahdollisimman lyhyitä ja yksinkertaisia. Pääotsikko korostimme fonttikoolla 19 ja lihavoinnilla. Halusimme väliotsikoidenkin erottuvan hyvin tekstistä, joten valitsimme fonttikooksi 18 ilman lihavointia. Alleviivauksia emme halunneet käyttää koko ohjeessa, koska koimme ne täysin tarpeettomiksi. Leipätekstissä käytimme kuitenkin lihavointia yhteystietojen kohdalla, jotta se erottuisi paremmin muusta tekstistä ja olisi näin helposti saatavilla.

Ohjeen pohjaväriksi valikoitui automaattisesti valkoinen, koska työelämältä saamamme muut potilasohjeet olivat pohjaltaan valkoisia. Ohjeessamme käytetyt värit saimme työelämäyhteyden graafisesta ohjeistosta. Otsikoissa käyttämämme väri on työelämäyhteyden päävärinä käyttämä tummansininen (R0 G80 B149). Leipätekstin väri on 80 %:n harmaa (R87 G87 B86), jota työelämäyhteys käyttää omissa teksteissään. Ohjeessamme käytettävät kuvat ovat myös värillisiä, jolloin ne ovat selkeitä ja elävöittävät kuvaa sopivasti.

### 7.3 Opinnäytetyön toteuttaminen

Opinnäytetyömme suunnittelun aloitimme syyskuussa 2014 aihevalintaseminaarilla. Tällöin valitsimme henkilökohtaisen kiinnostuksemme mukaan aiheen opinnäytetyöllemme valmiiksi ehdotetuista aiheista. Tiesimme jo aihevalintaseminaarissa, että opinnäytetyömme tulee olemaan tuotokseen painottuva ja tuotos kirjallisen potilasohjeen muodossa. Meitä miellytti ajatus, että työmme tulee jatkossa olemaan käytössä kentällä, kipsauspotilaiden apuna kotona tapahtuvassa omahoidossa.

Järjestimme ajan suunnitteluistunnolle opinnäytetyön aiheen antaneen Tampereella toimivan työelämäyhteyden kanssa lokakuussa 2014. Palaverissa sovimme yhteyshenkilöiden kanssa potilasohjeen sisällöllisistä asioista sekä ulkoasun toteuttamisesta. Henkilökunnan toiveena olisi saada käyttöön potilaslähtöinen kotihoito-ohje, joka on selkeä, helposti ymmärrettävä ja ulkoasultaan yrityksen näköinen. Muuten saimme vapaat kädet tuotoksen toteuttamiseen. Aloitimme työn suunnitelman kirjoittamisella. Valmis suunnitelmamme esitettiin opinnäytetyön suunnitelmaseminaarissa lokakuussa 2014. Luvan opinnäytetyön toteuttamiselle saimme alkuvuodesta 2015.

Marras-joulukuun 2014 ja tammi-huhtikuun 2015 välisenä aikana kirjoitimme opinnäytetyön teoreettista osuutta kirjallisuuskatsauksen kautta saamiemme lähteiden pohjalta. Koimme, että on parempi aloittaa työ teoriaosuuden kirjoittamisella, sillä se helpottaisi tuotoksen suunnittelua. Tuotoksen sisältö rajautui aika varhaisessa vaiheessa ylä- tai alaraajan kipsauksen jälkeiseen toipumiseen, mikä oli myös työelämäyhteyden toive. Toukokuussa 2015 pidetyn käsikirjoitusseminaarin aikoihin olimme yhteydessä yhteyshenkilöiden kanssa ja toimitimme heille siihen asti kerätyn teorian tiedon luettavaksi.

Kesä-heinäkuun 2015 ajan päätimme keskittyä kumpikin tahoillamme kesätöihin ja siksi pidimme suunnitellusti taukoa opinnäytetyön tekemisestä. Kesätauko oli mielestämme hyvä asia, joskin elokuun alussa 2015 aiheeseen takaisin orientoituminen pitkän tauon jälkeen oli aluksi hieman hankalaa.

Elokuussa 2015 olimme jälleen yhteydessä työelämäyhteyteen ja sovimme yhteyshenkilöidemme kanssa päivän, jolloin voisimme tulla ottamaan valokuvia opinnäytetyötä

varten. Suunnittelimme ennen kuvauksia, että ottaisimme kuvat dorsaalisen radiuslastan ja saapaskipsin tekovaiheesta teoriaosuuden tekstiä havainnollistamaan. Tuotokseen tulisimme kuvaamaan joitakin parhaimmiksi valitsemiamme liikeharjoituksia sekä kuvia kyynärsauvojen avulla liikkumiseen tasamaalla ja portaissa. Suunnitelman toteutimme suullisesti sekä lyhyillä kirjallisilla muistiinpanoilla.

Kuvauspäivänä elokuussa 2015 jaoin tehtävät niin, että toinen meistä kuvasi ja toinen toimi mallina kipsien kanssa. Yhteyshenkilöinäimme toimivat kaksi sairaanhoitajaa hoitivat kipsaamisen ja järjestivät kuvauspaikat yrityksen tiloista. Hoitajat toivoivat meidän kiinnittävän huomiota erityisesti kyynärsauvojen kulkemisen havainnollistamiseen, sillä heidän kokemuksensa perusteella monella alaraajakipsatuilla on ongelmia juuri sauvojen kanssa liikkumisessa. Hyvät puitteet ja sujuva yhteistyö henkilökunnan kanssa vaikutti siihen, että kuvien ottamiseen kului kokonaisuudessaan aikaa vain noin kolme tuntia. Kuvausoperaation jälkeen seuloimme tuotokseen ja teoriaosuuteen päätyvät kuvat ja teimme tarvittavat muokkaukset.

Opinnäytetyön ja sen tuotoksen toteuttamiseen kertyi lopulta hyvin vähän kustannuksia. Ainoastaan opinnäytetyön posterinäyttelyä varten tehtävän julisteen teettäminen ja valmiin opinnäytetyön paperiversion muovikannet jouduimme itse maksamaan. Lisäksi pieniä, epäsuoria kuluja tuottivat lyhyet auto- ja bussimatkat työelämäyhteyden luo. Tulostusmaksut menivät Tampereen ammattikorkeakoulun oppilaille myöntämästä tulostrahasta.

TAULUKKO 2. Opinnäytetyön aikataulu.

<b>Opinnäytetyön aikataulu</b>	
<b>Syyskuu 2014</b>	Aihevalintaseminaari
<b>Lokakuu 2014</b>	Työelämäpalaveri
<b>Loka-marraskuu 2014</b>	Tiedonhaku, suunnitelman kirjoittaminen
<b>Joulukuu 2014</b>	Suunnitelmaseminaari
<b>Tammi-huhtikuu 2015</b>	Lupa opinnäytetyön tekemiselle, tiedonhakua, teoriaosuu- den kirjoittamista
<b>Toukokuu 2015</b>	Käsi­kirjoitusseminaari
<b>Kesä-heinäkuu 2015</b>	Kesätau­ko opinnäytetyön tekemisestä
<b>Elokuu 2015</b>	Työelämätahon tapaaminen, tuotoksen valokuvien ottami- nen, tuotoksen koonti
<b>Syyskuu 2015</b>	Tuotoksen viimeistely, asiantuntijahaastattelu, tuotoksen esittäminen työelämälle ja muutosehdotusten vastaanotta- minen
<b>Lokakuu 2015</b>	Opinnäytetyön valmistuminen
<b>Marraskuu 2015</b>	Posterinäyttely, opinnäytetyöseminaari, tuotoksen esittämi- nen työelämälle



## 8 POHDINTA

Opinnäytetyön loppuhuipennuksena on pohdinnan aika. Tarpeeksi hyvän, tasapainoisen ja kypsän pohdinnan tuottaminen on vaativaa. Tähän auttaa koko opinnäytetyöprosessin aikana kerätty tekstimateriaali, johon on kirjoitettu muun muassa ideoita, kehittämisehdotuksia ja muita kiinnostavia asioita ja ajatuksia muistiin. Pohdintaa kirjoittaessa tulee muistaa sopivan itsekriittinen asenne, jolloin myös muille ajatuksille ja selityksille annetaan mahdollisuus. Kriittisyydessäkin tulee kuitenkin muistaa kohtuullisuus, ettei se mene liiallisuuksiin. Hyvän pohdinnan pituus on 3-5 sivua, jolloin pohdinnan loogisuuteen tulee kiinnittää huomiota. (Hakala 2004, 135–137.)

### 8.1 Luotettavuus ja eettisyys

Vilkan (2007, 153) mukaan työn luotettavuutta lisäävät esimerkiksi ohjaajalta, vertaisryhmältä tai kollegoilta saadut arvioinnit. Työstä kannattaakin käydä arviointia ja keskustelua monessa eri vaiheessa. Näillä keinoilla saadaan vähennettyä työn virheitä. (Vilka 2007, 153.) Opinnäytetyöprosessiimme kuuluikin monia erilaisia seminaareja, joista olemme saaneet hyvin palautetta työstämme. Ohjaavalta opettajalta saimme runsaasti apua opinnäytetyömme arvioinnissa ja kehittämisessä. Opponenteilta saimme apua työmme loppuvaiheessa. Työelämää ja maallikoita käytimme arvioimaan potilasohjetta. Näin ollen työmme on ollut arvioinnin ja keskustelun kohteena alusta loppuun asti.

Kun tuotoksena tehdään ohjeita, ovat lähteet isossa roolissa. Tekijöiden tulee pohtia huolella, mistä tiedot ohjeeseen hankitaan. Kaikki tieto ei välttämättä ole yhtä ajantasaista ja uusi tieto saattaa kumota vanhan. (Vilka & Airaksinen 2003, 53.) Olemme alusta asti pyrkineet käyttämään uusinta lähdekirjallisuutta ja olemme osanneet seuloa Internet-artikkeleista käyttöömmme luotettavimmat lähteet. Lähdemerkintöjen oikeellisuuden suhteen olemme pyrkineet olemaan tarkkoja. Siinä ja monissa muissakin tekstiasetuksellisissa yksityiskohdissa olemme hyödyntäneet Tampereen ammattikorkeakoulun kirjallisen raportoinnin ohjetta. Raportin aineiston keräämisessä käytimme apuna PIKI- ja OMA-kirjastotietokantoja. Näiden lisäksi olemme hyödyntäneet artikkelivii-tetietokanta Aleksia ja ARTO:a, joista etsimme kipsihoitoa käsitteleviä artikkeleita.

Internet-haussa käytimme pääasiassa Google Scholaria. Työstä löytyy myös pienimuotoinen asiantuntijahaastattelu, jossa haastattelimme sähköpostitse työelämäyhteytemme sairaanhoitajaa tuotoksen ohjesisältöä koskevista asioista.

Huomasimme kiinnostavamme erityistä huomiota sellaisiin seikkoihin mihin emme välttämättä ennen opinnäytetyöprosessia olleet niinkään keskittyneet, kuten esimerkiksi kirjoittajan ammattistatukseen ja asiantuntijuuteen. Kun traumatologisen tekstin kirjoittaja on ammatiltaan kirurgi tai kuntoutusohjekirjan kirjoittajan taustalla fysioterapeutin tietotaito, lisää se mielestämme ainakin joltain osin opinnäytetyön uskottavuutta.

Tietoa kerätessä ei tule käyttää epärehellisiä keinoja. Toisten kirjoittamaa tekstiä ei tule esittää omanaan, koska jokaisella on kopiointioikeus tuottamaansa tekstiin. Se tarkoittaa, että tekstin lainaus on merkittävä asianmukaisin lähdemerkinnöin. Suoria lainauksia tehtäessä teksti kuuluu kirjoittajan painovirheitä myöden samalla tavalla. Teoriatietoa samasta asiasta voi myös löytyä useista eri lähteistä ja se mahdollistaa asioiden näkemisen eri näkökulmista. On siis tärkeää tarkastella lähdemateriaalia kriittisesti. Tämä tapahtuu kiinnittämällä huomiota lähteen kirjoittajan arvovaltaan ja tunnettavuuteen sekä lähteen uskottavuuteen ja ikään. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 27, 101–102.)

Eettisesti tarkasteltuna opinnäytetyötä voisi pitää onnistuneena. Teoreettinen tieto on kirjallisuuskatsauksen luonteenomaisesti koottu täysin olemassa olevista tieteellisistä lähteistä. Kirjailijoiden ja muiden tiedonantajien tekijänoikeuksia on tässä työssä kunnioitettu asianmukaisin viittemerkinnöin. Olemme olleet tarkkoja siitä, ettei kenenkään tekstiä ole suoraan kopioitu.

Suuri paino eettisistä kysymyksistä kallistuu tuotokseen eli potilasohjeeseen. Potilasohjeen tekeminen tuli työelämäyhteyden aloitteesta ja heillä oli antaa meille valmis aihe, jonka ympärille alkaa opinnäytetyötä rakentaa. Meille opinnäytetyön tekijöille oli alusta saakka tärkeää, että työelämä saa mahdollisimman toiveidensa ja tarpeidensa mukaisen potilasohjeen. Potilasohjeen ulkoasun ja värimaailman toteutukseen käytimme työelämän laatimia tarkkoja ohjeita, vaikka yleisperiaate työelämän puolelta oli, että saamme käyttää omaa luovuuttamme potilasohjeen toteutuksen suhteen.

Potilasohjeen tekemisessä saimme kuvausluvan työelämäyhteydeltämme ja meillä oli mahdollisuus käyttää heidän tilojaan ja kipsaustarvikkeita hyväksemme. Potilasohjeessa

esiintyvät kipsaukset toteuttivat ammattitaitoiset henkilöt ja materiaalit sekä apuvälineet olivat asianmukaiset. Kuvat potilasohjeeseen ja teoriaosuuteen otimme itse, joten oikeudet kuvien käyttöön saimme omasta takaa.

## 8.2 Tuotos ja johtopäätökset

Opinnäytetyön tuotos eli potilasohje kipsauspotilaille sisältää kotihoito-ohjeet, liikeharjoitukset kuvilla ilmaistuna sekä kipsatun raajan tarkkailuun liittyviä neuvoja. Rajaus ylä- ja alaraajakipsauksiin tapahtui jo aivan prosessin alussa, mikä selkeytti ajatuksiimme lopullisesta tuotoksesta. Tuotoksen liikeharjoituskuviin päätyneet kipsimallit valikoituivat niiden yleisyyden ja kuntoutusliikkeiden sovellettavuuden perusteella, sillä samoja liikkeitä voi tehdä useimmissa kipsimalleissa.

Potilasohje valmistui melko loppupuolella prosessia, koska tarvittava teoriatieto piti ensin koota yhteen. Alun perin oli tarkoitus tehdä yksi kokonainen potilasohje, joka sisälsi sekä ylä- että alaraajakipsatun kuntoutusohjeet. Myöhemmin tuotos muuttui kaksisiosaiseksi, oma ohje yläaraajakipsatulle ja alaraajakipsatulle omansa. Ajattelimme kaksisiosaisuuden selkeyttävän ohjetta ja tätä mieltä olivat myös työelämäyhteytemme ja ohjaajamme koulun puolelta. Alaraajakipsin kotihoito-ohjeesta tuli jonkin verran laajempi sen sisältämän runsaan kuvituksen vuoksi.

Mielestämme tuotoksen lopputulos on visuaalisesti onnistunut. Värien käyttö sekä kuvissa että tekstissä elävöittää yleisilmettä. Tuotoksemme erottuu mielestämme hyvällä tavalla muiden kipsatun raajan kotihoito-ohjeiden joukosta, vaikka kirjalliset ohjeet itsessään ovat melko samanlaiset pieniä eroavaisuuksia lukuun ottamatta. Onnistuimme mielestämme tekemään ohjeesta potilaan näkökulmasta helppolukuisen. Välttimme käyttämästä lääketieteellisiä termejä ja ohjeen kieli on kirjoitettu teitittelymuodossa, mikä kohdistaa ohjeet lukijalle itselleen. Mielestämme suoriuduimme potilasohjeen toteuttamisessa kuitenkin hyvin ja lopputuloksesta on nähtävissä sekä oma kädenjälkemme että työelämäyhteytemme toivomat asiat.

Tuotoksemme kaltaisia, erilaisia potilasryhmiä koskevia potilasohjeita, on tehty aiemminkin opinnäytetöinä ja kipsauspotilaan kotihoito-ohjeita löytyy runsaasti eri sairaanhoitopiirien ja yksityisten terveystalvelujen tarjoajien tekeminä. Oli haastavaa tehdä

potilasohjeesta aivan uudellinen ja innovatiivinen, kun sen samaan aikaan piti olla tiivis, mahdollisimman informatiivinen, selkeydellään muista erottuva ja olla työelämäyhteytemme näköinen.

Opinnäytetyö vastaa mielestämme varsin kattavasti kysymyksiin mitä on kipsihoito, miten kipsatun raajan omahoito toteutuu sekä millainen on hyvä potilasohje. Ilman vastausta näihin kysymyksiin, tuotoksen toteuttaminen olisikin ollut mahdotonta. Potilasohjeen tekeminen ja kaikki siinä sivussa tullut tieto on antanut ja opettanut paljon aiheesta, joka ennen työn aloittamista oli varsin tuntematon.

### **8.3 Prosessi ja kehittämis ehdotukset**

Opinnäytetyöprosessin kokonaisuutta tarkastellessa voi todeta sen olleen hyvin opettavainen ja ammatillisesti kasvattava. Prosessin varrella eteen tulleet haasteet ja niistä selviäminen, ennen täysin tuntemattoman aiheen perusteellinen läpikäyminen sekä yhteistyötaitojen ja ajankäytön kehittyminen kuvastavat hyvin tämän opinnäytetyön tekemisen ohessa opittuja asioita. Lisäksi potilaan ohjauksen merkityksellisyys hoitotoimenpiteen jälkeen ja kuinka ohjaus saatetaan kotiin asti kirjallisessa muodossa, nousivat tämän työn myötä aivan uudellaiseen merkitykseen.

Hetkittäin tuli tilanteita, jolloin löydetyistä tiedoista oli vaikea seuloa erilleen ne juuri meidän tehtäväämme, tavoitettamme ja tarkoitustamme koskevat asiat. Luunmurtumista, niiden syntymekanismeista ja kirurgisesta hoidosta löytyy valtavasti tietoa, mutta meidän opinnäytetyömme aiheesta, konservatiivisesta kipsihoidosta ja potilasohjeesta selkeästi vähemmän. Kipsihoitoa sivuttiin monessa lähteessä lyhyesti, laajemmin kipsihoitoa koskevia lähteitä löytyi niukemmin. Kansainvälisten tietolähteiden käyttö olisi voinut olla runsaampaa. Tiedonkeruun vaikeuksien kohdalla teoriaosuuden kirjoittamisessa saattoi tulla pitkiäkin taukoja, jonka jälkeen kirjoittamisen ja tiedonkeruun aloittaminen oli entistä haastavampaa. Pysyimme aikataulussa kutakuinkin hyvin, vaikka paremmalla ajankäytöllä ja säännöllisemmällä kirjoittamisella ei syksyä kohden olisi opinnäytetyön valmistumiselle kasautunut niin suuria paineita.

Kehitettäviä asioita tuotoksen tekemiseen nousi myös esille. Yksi niistä on oikeanlaisen tietokone-ohjelman käyttö potilasohjeen teossa. Torkkolan ym. (2002, 55–56) mukaan

potilasohjeen tekemiseen ei tarvitse käyttää erillistä taitto-ohjelmaa, mutta olisi sellaisen apuna käyttäminen jälkeempään ajateltuna ollut sujuvampaa. Käyttämämme Microsoft Word-tekstinkäsittelyohjelma ei ominaisuuksiltaan ollut aivan ihanteellinen tämän tyyppisen potilasohjeen tekemiseen. Etenkin kuvien ja tekstien yhteensovittaminen oli hetkittäin työlästä. Lisäksi huomasimme, ettei ohjelman uusimmalla päivitysversiolla tehty potilasohje avautunut asetteluiltaan yhtäläisenä vanhemmalla versiolla. Toisaalta kumpikaan meistä opinnäytetyön tekijöistä ei taida kunnollisen taitto- tai kuvankäsittelyohjelman käyttöä, joten olisimme joutuneet pyytämään apua osaavammalta henkilöltä. Jatkossa, jos tätä tekemäämme potilasohjetta päivitetään tai uudistetaan työelämän taholta, voisivat he käyttää asiaan tarkoitettua ohjelmaa asettelun muokkaamisen helpottamiseksi.

Jatkossa voisi tutkia sitä, kuinka hyvin tuottamamme potilasohje on toiminut työkentällä ja etenkin, kuinka hyvin se vastaa potilaiden tarpeisiin. On haastavaa yrittää asettaa itseään potilaan asemaan ja miettiä, mitä itse toivoisi potilasohjeelta, jos olisi juuri saanut kipsin jalkaansa eikä tiedä aiheesta mitään. Potilailta voisi esimerkiksi pyytää palautetta potilasohjeesta ja kehittää sitä sen mukaan entistäkin palvelevammaksi. Lääketiede on nopeasti kehittyvä ja ajan saatossa Suomessa ja maailmalla tehdään jatkuvasti uusia tutkimuksia ja hoitosuosituksia. Siksi tätäkin potilasohjetta olisi hyvin tärkeää päivittää jatkossa vastaamaan uusimpia hoitotutkimuksia ja – suosituksia.

## LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Alaperä, P., Anttila, E., Blomster, K., Hiltunen, H., Honkanen, A., Honkanen, R., Haltinkoski, T., Konola, A., Leiviskä, H., Meriläinen, S., Ojala, H., Pelkonen, E. & Suominen, A. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Teoksessa Lipponen, K. Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet - Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen julkaisu.

Dandy, D.J. & Edwards, D.J. 2003. Essential Orthopaedics and Trauma. 4. painos. Kiina: Churchill Livingstone.

Haapasalo, H., Laine, H-J. & Mäenpää, H. 2011. Nilkan ligamenttivamman diagnostiikka ja funktionaalinen hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 127 (20) 2155-2164. Luettu 19.2.2015.

[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo99828#s3](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo99828#s3)

Hakala, T. 2004. Opinnäytetyöopas ammattikorkeakouluille. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Halinen, M., Lassila, R. & Tarnanen, K. 2010. Laskimotukos ja keuhkoembolia (veritulppa). Käypä-hoito suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Julkaistu 3.10.2010. Luettu 12.5.2015.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00046>

Hammar, A-M. 2011. Kirurgian perusteet. Helsinki: WSOYpro Oy.

Hannula, R. 2011. Kipsihoito-ohje. Julkaistu 22.6.2011. Luettu 12.10.2015. Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoito- ja peruspalvelukuntayhtymä.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Duodecim 2005; 121: 1769-1973.

Johansson, L. 2010. Behandla dig själv med sjukgymnastik. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Nemo.

Kalliala, R. Sairaanhoitaja. 2015. Haastattelu 28.9.2015. Haastattelija Timonen, T. Tampere.

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen. 1. painos. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Kuisma, J. Heikkilä, J. & Kassara, H. 2009. Kipsihoidon perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kuopion yliopistollinen sairaala. Nilkkamurtumasta kuntoutuminen. Potilasopas. Kuopion yliopistollinen sairaala, fysiatrian klinikka. Ortopedian, traumatologian klinikka. Luettu: 3.5.2015

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 49 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY.

Kröger, H. 2012. Luuston sairaudet. Teoksessa Kiviranta, I & Järvinen, M. (toim.) Ortopedia. 7. painos. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy.

Kröger, H. Aro, H. Böstman, O. Lassus, J & Salo, J. 2010. Traumatologia. 7. painos. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy.

Kyrö, A., Venesmaa, P., Helminen, A., Laine, H-J., Malmivaara, A., Ristiniemi, J., Elo, J., Tukiainen, E. & Hirvensalo, E. 2011. Aikuispotilaan säärimurtuman hoito. Käypähoito suosituksen päivitystiiivistelmä. Duodecim 127 (17) 1815-1816. Luettu 10.2.2015.

Leino- Kilpi, H. Salanterä, S. 2009. Hyvä potilasohje edistää potilasturvallisuutta. Suomen potilaslehti.

Lääkärin Käsikirja. 2005. Nilkan murtumat. Ajankohtaista Lääkärin käsikirjasta (toimitus). Duodecim 2006; (6) 122-285. Päivitetty 7.6.2005. Luettu 3.5.2015. Kustannus Oy Duodecim. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95531.pdf>

Nummi, V. & Järvi, U. 2012. Hyvä potilasohje on osa toipumista. Lääkärilehti. Luettu 25.4.2015.  
[http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?type=1/news\\_id=11475/Hyv%E4+potilasohje+on+osa+toipumista](http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?type=1/news_id=11475/Hyv%E4+potilasohje+on+osa+toipumista)

Määttä, J. & Puustinen, P. 2014. Murtuman kipsaus. Salvera Oy. Päivitetty 8.12.2014. Luettu 19.2.2015. Verkkoartikkeli. <http://klinik.fi/terveysinfo/murtuman-kipsaus/esivalmistelut#box>

Pohjois-Savon Sairaanhoidopiiri. 2012. Ohje kipsatulle potilaalle. Kuopion Yliopistollinen Sairaala. Potilasohje. Julkaistu 19.10.2012. Luettu 20.2.2015.

Rawlins, M. 2005. Värttinäluun murtuma on yläraajan yleisin murtuma. Mehiläinen Oy. Päivitetty 27.10.2005. Luettu 24.8.2015.

Ring, D. Burchill, G. Callamaro, D.R. Jupiter, J.B. 2007. Fractures of Distal Radius. Teoksessa Brent Brozman, S. & Wilk, K.E. (toim.) Handbook of Orthopaedic Rehabilitation. 2. painos. Philadelphia: Mosby Elsevier.

Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. (toim.) 2010. Kirurgia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Routasalo, P. Pitkälä, K. 2009. Omahoidon tukeminen. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.

Saarelma, O. 2015. Alaraajan murtumat. Lääkärikirja Duodecim. Päivitetty 27.9.2015. Luettu 14.10.2015.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00349](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00349)

Salmi, T. 2000. Käden murtumat ja luksaatiot. Teoksessa Vastamäki, M., Vilkki, S., Raatikainen, T., Viljakka, T., Jaroma, H., Göransson, H. & Jokiranta, J. (toim.) Käsikirurgia. Helsinki: Duodecim.

Salmikivi, S. 2013. Kynärsauvakävely potilasohje. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö. Luettu 5.9.2015. [http://www.yths.fi/filebank/2052-Kynarsauva\\_ohje.pdf](http://www.yths.fi/filebank/2052-Kynarsauva_ohje.pdf)

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI- henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulu. Luettu 21.9.2015. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

Tarnanen, K., Malmivaara, A. & Kyrö, A. 2011. Säärimurtumat. Julkaistu 19.9.2011. Luettu 17.4.2015. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_haku=luunmurtuma&p\\_artikkeli=khp00045](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=luunmurtuma&p_artikkeli=khp00045)

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi, opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2011. Potilasohjeet. Kotihoito-ohjeet kipsauksen jälkeen. <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/3733> Luettu 24.8.2015

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

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



**LIITTEET**

Liite 1. Kipsatun alaraajan kotihoito-ohjeet

1(3)





Liite 2. Kipsatun yläraajan kotihoito-ohjeet

1(2)

