

Kati Rautio ja Satu Roinesalo

**PÄIVÄKIRURGISEN ISOVARPAAN TYVINIVELEN LUUDUTUSLEIKKAUSPOTIL-  
LAAN POSTOPERATIIVINEN VAIHE SAIRAANHOITAJIEN KUVAAMANA**

Kvalitatiivinen teemahaastattelu Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Avohoitotalossa

**PÄIVÄKIRURGISEN ISOVARPAAN TYVINIVELEN LUUDUTUSLEIKKAUSPO-  
TILAAN POSTOPERATIIVINEN VAIHE SAIRAANHOITAJIEN KUVAAMANA**

Kati Rautio ja Satu Roinesalo  
Opinnäytetyö  
Kevät 2014  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitajan koulutusohjelma, perioperatiivinen- ja sisätautikirurginen suuntautumisvaihtoehto

---

Tekijät: Kati Rautio ja Satu Roinesalo

Opinnäytetyön nimi: Päiväkirurgisen isovarpaan tyvinivelen luudutusleikkauspotilaan postoperatiivinen vaihe sairaanhoitajien kuvaamana

Työn ohjaajat: Pirkko Sandelin ja Tuula Nissinen

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2014

Sivumäärä: 46 + 5

---

Päiväkirurgia on viimevuosina yleistynyt ja yhä useampia leikkauksia pyritään suorittamaan päiväkirurgisesti. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri avasi maaliskuussa 2010 Avohoitotalon, joka on täysin päiväkirurginen yksikkö. Yksikkö tuntui mielenkiintoiselta, ja siitä saatiin yhteistyökumppani opinnäytetyöhön. Aihetta suunniteltiin yhteistyössä Avohoitotalon henkilökunnan kanssa. Keskusteluista tuli esille tarve tutkia päiväkirurgisen potilaan postoperatiivista vaihetta. Aihe rajautui sopivaksi, kun hoitajat esittivät isovarpaan tyvinivelen luudutusleikkauksen yksikössä yleiseksi ja haastavaksi.

Työn tavoite oli tuottaa kokemustietoa yksikköön sairaanhoitajan kokemuksista isovarpaan tyvinivelen luudutusleikkauspotilaan postoperatiivisesta hoidosta. Tietoa voivat hyödyntää hoitotyön opiskelijat, vastavalmistuneet sairaanhoitajat, perehdytysvaiheen sairaanhoitajat, sekä muu Avohoitotalon hoitohenkilöstö. Potilaat hyötyvät tuotetusta kokemustiedosta hoitajien osaamisen kautta.

Opinnäytetyö oli laadullinen tutkimus. Aineisto kerättiin teemahaastattelulla Avohoitotalon tiimin 4 anestesiahoitajilta ja tuloksia tarkasteltiin heidän näkökulmastaan. Haastattelun teemat muodostettiin päiväkirurgisen potilaan postoperatiivisen hoidon tietoperustan mukaisesti. Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä. Päiväkirurgisen potilaan kotiuduttua hänen on selvittävä itsehoitosta kotona sairaalasta saamallaan ohjeilla. Aineistosta nousi esille erityisesti potilasohjauksen haasteet päiväkirurgisen potilaan kotiuttamisen yhteydessä, sekä tarve yksilölliselle ohjaukselle. Hyvä kivun arviointi ja kivun hoidon monipuolinen osaaminen koettiin tärkeäksi postoperatiivisessa vaiheessa.

---

Asiasanat: Päiväkirurgia, postoperatiivinen hoito, perioperatiivinen hoitotyö, isovarpaan tyvinivelen luudutusleikkaus, kipu, kotihoidon ohjaus

## ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health care, option of nursing

---

Authors: Kati Rautio ja Satu Roinesalo

Title of thesis: Postoperative phase after the basal joint of the big toe ossifying surgery

Supervisors: Pirkko Sandelin ja Tuula Nissinen

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2013

Pages: 46 + 5

---

Day surgery has increased in recent years and an increasing number of surgeries are carried out as a day surgery operation. PPSHP opened Avohoitotalo in March 2010, which is completely day surgery unit. Unit seemed interesting to us and we got a partner for our Bachelor's thesis. The subject was designed in collaboration with the staff of Avohoitotalo. The discussions revealed a need to explore the day surgery patient's post-operative phase. Subject confined when the nurses expressed the basal joint of the big toe ossifying surgery general and challenging for the unit.

The goal was to provide information about the experience of the unit. Information can benefit nursing students, new graduates nurses, in orientation of nurses, and other medical staff in Avohoitotalo. Patients will benefit from the experience of knowledge produced in the nurses' expertise.

The study was a qualitative study. The data was collected using theme interviews. We interviewed Avohoitotalos anesthetic nurses from team four. The interview themes were formed in the day surgery patient's post-operative care according to the knowledge base. The data were analyzed using content analysis. Day surgery patient has to cope at home with self-care and instructions gotten from the hospital staff. The material showed in particular the challenges in patient guidance when patients are released home as well as a need for individual guidance. In postoperative phase good pain assessment and management were experienced important.

---

Key words: Day surgery, postoperative care, perioperative nursing, big toe ossifying surgery, pain home care counsel.

# SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	3
ABSTRACT.....	4
1 JOHDANTO.....	6
2 PÄIVÄKIRURGISEN POTILAAN POSTOPERATIIVINENHOITO.....	8
2.1 Tiedottaminen.....	9
2.2 Potilaan elintoimintojen vakauttaminen.....	9
2.3 Potilaan kivun arviointi ja hoito.....	12
2.4 Pahoinvoinnin arviointi ja hoito.....	14
2.5 Potilaan kotiutus.....	14
2.6 Isovarpaan tyvinivelen luudutusleikkaus.....	16
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	18
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	20
4.1 Tutkimusmetodologia.....	20
4.2 Tiedonantajien valinta.....	20
4.3 Aineiston keruu.....	21
4.4 Aineiston käsittely ja sisällön analyysi.....	22
5 TUTKIMUSTULOKSET.....	25
5.1 Kokemukset potilaan esitiedoista ja tiedottamisesta.....	25
5.2 Kokemukset potilaan elintoimintojen vakauttamisesta.....	27
5.3 Kokemukset kivun arvioinnista ja hoidosta.....	29
5.4 Kokemukset potilaan kotihoidon ohjauksesta.....	31
5.5 Kokemukset potilaan jatkohoidon turvaamisesta.....	33
6 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	35
7 POHDINTA.....	40
7.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	40
7.2 Jatkotutkimusaiheita ja omat oppimiskokemukset.....	41
LÄHTEET.....	44
LIITTEET.....	47

# 1 JOHDANTO

Hoitotakuulaki määrää, että asiakkaan hoidonarviointi on tehtävä 3 viikon kuluessa lähetteen saapumisesta. Mikäli tässä todetaan tarve hoidolle, potilaan on päästävä hoitoon 3 kuukaudessa. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326 § 52). Tarpeeseen on vastattava, vaikka sosiaali- ja terveysalaa uhkaa työvoimapula suurten ikäluokkien jäädessä eläkkeelle seuraavan 15 vuoden aikana. Päiväkirurginen toiminta vaatii vähemmän henkilöstö- ja tilaresursseja verraten perinteiseen kirurgiaan. (Hautakangas, Horn, Pyhälä-Liljestrom, Raappana, Söderström. 2003, 119). Sillä pyritään vastaamaan tämän päivän haasteisiin, mutta se edellyttää potilasta hoitavalta tiimiltä yhä enemmän osaamista ja kykyä tukea potilasta. (Risikko, 2011). Päiväkirurgia kehittyy jatkuvasti ja uudet leikkaustekniikat, lääkkeiden kehittyminen ja anestesia- ja analgesiametodit mahdollistavat aina useampien leikkauksien tekemisen päiväkirurgisesti. (Hakala, 2012, 20). Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten on vastattava ajan myötä muuttuviin asiakkaiden tarpeisiin, jotka kasvavat väestönkasvun, ja monipuolistuvat teknologian kehittymisen myötä. Päiväkirurgisen potilaan postoperatiivisen vaiheen tutkiminen ja kirjallisuuteen perehtyminen antaa opinnäytetyöntekijöille ammatillisen näkökulman tulevana hoitotyön ammattilaisena sosiaali- ja terveysalalla.

Opinnäytetyön aiheen valinta lähti liikkeelle, kun Ouluun avattiin uusi Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin päiväkirurginen yksikkö, Avohoitotalo. Avohoitotalossa otettiin käyttöön uudenlainen hoitotyön malli, jossa hoitohenkilöstö kiertää eri työpisteissä päiväkirurgisen potilaan pre-, intra- ja postoperatiivisessa hoitovaiheessa. Toisen opinnäytetyöntekijän on tarkoitus valmistua perioperatiiviseksi ja toisen sisätautikirurgiseksi sairaanhoitajaksi, joten päiväkirurgiseen toimintaan liittyvä opinnäytetyön aihe oli luonnollisesti kiinnostava. Avohoitotalosta saatiin yhteistyökumppani, jonka kanssa sovittiin, että aihe rajattaisiin postoperatiivista hoitoa koskevaksi ja siihen kerättäisiin kokemustietoa sairaanhoitajilta, joilla on kokemusta isovarpaan tyvinivelen luudutusleikkauksipotilaan postoperatiivisesta hoidosta. Postoperatiivinen hoito koostuu heräämön- ja kotihoitosta, jossa potilaan itsehoidolla on merkittävä osuus hoidon lopputuloksen kannalta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on vastata päätutkimuskysymykseen, eli millaiseksi Avohoitotalon sairaanhoitajat kuvailevat päiväkirurgisen potilaan postoperatiivisen vaiheen isovarpaan tyvinivelen luudutusleikkauksen jälkeen. Opinnäytetyön tavoite on, että tutkimuksessa tuotettua tietoa voidaan hyödyntää. Tietoa voidaan hyödyntää, kun perehdytetään uusia työntekijöitä tai opiskelijoita yksikköön tai heräämön, jossa päiväkirurgisia potilaita hoidetaan. Kokemustiedon jakami-

nen yksikön hoitohenkilöstölle tukee myös potilaiden itsenäistä postoperatiivista selviytymistä sairaanhoitajan osaamisen kautta. Isovarpaan tyvinivelen luudutusleikkaus on Avohoitotalossa yleinen, joten juuri tämän potilasryhmän hoidon tutkiminen katsottiin tarpeellisimmaksi. Tutkimus on luonteeltaan laadullinen. Aineisto on kerätty haastattelulla ja analysoitu sisällön analyysillä.

## 2 PÄIVÄKIRURGISEN POTILAAN POSTOPERATIIVINENHOITO

Päiväkirurginen toimenpide on hoitajakso, joka sisältää suunnitellun eli elektiivisen toimenpiteen, minkä johdosta potilas ei hoidon vuoksi ole sairaalassa yli 12 tuntia. Se tehdään leikkaussalissa käyttäen laskimosedatiota, laajaa puudutusta tai yleisanestesiaa. (Alanko, Korttila, Kotilainen, Laatikainen, Lahtinen, Nenonen, Permi, Punnonen, Rihkanen, Tenhunen & Toivonen 1998, 17.; Hautakangas ym. 2003, 10). Potilas tulee osastolle toimenpideaamuna, eikä hänen ole tarkoitus yöpyä sairaalassa, vaan hän voi kotiutua samana päivänä, kun toimenpide on tehty. (Hautakangas, 2003, 10–11.) Päiväkirurgian kulmakiviksi muodostuu huolellinen potilasvalinta, lyhytvaikutteisten anesteettien ja anestesiamenetelmien turvallinen käyttö, leikkauksen jälkeisen kivun ja pahoinvoinnin tehokas esto ja hoito, sekä potilasturvallisuudelle oleelliset, sovitut, selkeät kotiuttamiskriteerit ja jälkiseuranta. (Rosenberg, Alahuhta, Hendolin, Jalonen & Yli-Hankala. 2002, 220).

Postoperatiivinen eli anestesian ja leikkauksen jälkeinen vaihe alkaa, kun potilas vastaanotetaan valvontayksikköön eli heräämään. Heräämön sairaanhoitajat saavat raportin leikkauksen ja anestesian kulusta. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist, 2012, 104–105.) Heräämö- sana voi olla harhaan johtava, koska läheskään kaikki potilaat eivät ole valvontayksikössä heräämässä vaan toimenpide on voitu tehdä esimerkiksi puudutuksessa. Potilaan siirryttyä leikkaussalista jälkivalvontayksikköön on tavoitteena elintoimintojen vakauttaminen, kivuttomuuden saavuttaminen sekä kokonaisvaltainen hyvinvointi siten, että hänet voidaan siirtää jatkohoitoon turvallisesti joko kirurgiselle vuodeosastolle tai päiväkirurgisessa toimenpiteessä kotiin. (Lukkari, Kinnunen & Korte. 2007, 359–360.) Päiväkirurgisessa yksikössä postoperatiivinen valvonta tehdään yleensä kahdessa vaiheessa. Ensimmäinen vaihe on välitön tarkkailuvaihe ja toinen on potilaan omatoiminen toipuminen valvontayksikössä. Ensimmäisen vaiheen jälkeen potilaan pääelintoiminnot ovat palautuneet leikkausta edeltävälle tasolle. (Lukkari ym. 2007, 359–361.)

## 2.1 Tiedottaminen

Hyvällä tiedottamisella varmistetaan hoidon jatkuvuus ja potilasturvallisuuden toteutuminen. Hoitovastuu siirtyy raportin antavalta hoitajalta valvontayksikköön vastaanottavalle hoitajalle. Tilanne olisi suotava käydä potilassängyn jalkopäässä, jolloin voitaisiin samalla tarkkailla potilasta ja tarkkailumonitoreja. Valvontayksikössä on useita potilaita, joten tiedottamisen aikana on huomioitava, että potilaan yksityisyyttä ja tietosuojaa kunnioitetaan. Tiedottamisessa käydään läpi tausta-, anestesia-, leikkaus- sekä jatkohoitoa koskevat tiedot. Tekijät, joilla voi olla merkitystä potilaan postoperatiivisessa hoidossa, on erittäin tärkeä käydä läpi raportin yhteydessä. Potilaan siirtäminen valvontayksikköön edellyttää, että kaikkien läsnäolijoiden kesken voidaan yhteisymmärryksessä todeta potilaan vointi vakaaksi. (Lukkari ym. 2007, 265–269).

Sairaanhoitajat keskittyvät pre- ja intraoperatiiviseen potilasanalyysiin. Raportin ytimenä on potilaan vointi anestesian ja leikkauksen aikana. Taustatietoihin kuuluvat potilaan nimi, osasto, diagnoosi ja toimenpide, leikkaus- ja sairaushistoria sekä sen hetkinen terveydentila, lääkitys, allergiat ja riskiryhmä. Lisäksi taustatietoihin kuuluu nykyinen terveysongelma, esilääkitys ja leikkauspäivän lääkehoito. Anestesiatietoja ovat käytetyt anestesiamenetelmät, induktio, mahdollinen verityhjiön käyttö, anestesian ylläpito, lääkehoito, erityishuomiot ja – ongelmakohtat, anestesian päättäminen, herääminen, anestesian aikainen nestehoito, korvausnesteet, verivalmisteiden käyttö, leikkausvuoto, virtsaneritys sekä mahdollinen nenämahaletkun käyttö. Leikkaustietoihin sisältyvät mahdolliset proteesit ja vierasesineet, leikkausalueen kestoahuhtelut, leikkausalue ja sen suojaus ja haavan hoitoa koskevat asiat, laskuputket, drenit, katetrit ja asentohoito. Jatkohoitoa koskevia tietoja ovat kivun ja pahoinvoinnin hoito, neste- ja lääkehoito, sekä laboratorio- ja kuvantamistutkimukset ja lähetteet. (Lukkari ym. 2007, 265–269).

## 2.2 Potilaan elintoimintojen vakauttaminen

Ensimmäisen 15 minuutin ajan heräämössä tarkkaillaan hengitystä, happisaturaatiota, pulssia ja verenpainetta vähintään viiden minuutin välein. Tarkkailusuositusten mukaan tarkkailu sisältää hapetuksen seurannan pulssioksimetrilla, sydämen syketaajuus ja rytmi, hengitystiheys eli hengitysfrekvenssi, verenpaine, tajunnan taso, kivun voimakkuus, hapenanto, annetut lääkkeet, suonensisäinen infuusio, leikkausalueen tarkkailu, puutuneen alueen laajuus, pahoinvointi ja oksennukset sekä lihasvoima, horkka ja muut käytössä olevat valvontasuureet (esim. lämpötila, virt-

saneritys, keskuslaskimopaine, huuhtelu ja dreelit). Kyseiset suureet tulee myös kirjata tarkasti. (Jalonen. Hynynen. Valanne & Erkola. 1999. Hakupäivä 15.3.2013). Potilaspaikan varustus ja hoitoon tarvittava välineistö on koottu taulukkoon Jalosen (1999) mukaan. (TAULUKKO 1).

TAULUKKO 1. Valvontayksikköön varattava välineistö (Jalonen ym. 1999)

Potilaspaikka	Hoitovälineistö
Tarkkailumonitori <ul style="list-style-type: none"> <li>• pulssioksimetri</li> <li>• verenpaine</li> <li>• EKG</li> </ul> Hapenantovälineet Limanimuvälineet Vuode <ul style="list-style-type: none"> <li>• päätyjen irrotusmahdollisuus</li> <li>• Trendelenburgin asennon mahdollisuus</li> <li>• tippateline</li> <li>• liikuteltavat sängynlaidat</li> <li>• jarrut</li> </ul>	Välineet hengityksen avustamiseen Intubaatiivälineet Välineet lämmittämiseen ja lämmön mittaamiseen Elvytysvälineet ja – lääkkeet Defibrillaattori Arteria- ja keskuslaskimopaineen mittaussmahdollisuus Kapnometri Nesteensiirtovälineet Välineet pleuradreenin laittamiseen ja imuun Röntgen- ja laboratoriotutkimusten mahdollisuus

Postoperatiiviseen hoitoon kuuluu, että potilaan leikkauksen jälkeistä vointia verrataan leikkausta edeltävään ja leikkauksen aikaiseen vointiin. Potilaan tarkkailu valvontayksikössä jatkuu, kunnes tämän vitaalielintoiminnot ovat vakaat ja hän kykenee itsenäiseen toimintaan. Potilaan yleisvointia ja elintoimintoja tarkkaillaan ja mittauksia otetaan vähintään 15 minuutin välein, tarvittaessa useamminkin. Sedaatio ja kipulääkkeiden käyttö lisäävät hengityksen tarkkailun tärkeyttä. Anestesiassa käytettävät aineet laskevat myös potilaan tajunnan tasoa, mikä heikentää hengityksen lisäksi usein myös kommunikoinnin mahdollisuuksia. Puudutuspotilaalla tajunnan taso ja hengitys eivät välttämättä laske samalla tavalla, joten hänen yksilölliset tarpeensa ja toiveensa ovat helpompi huomioida. Valvontayksikössä hoidossa painottuu tarkkailu ja tilanteiden ennakointi. Anestesia

ja puudutus molemmat lisäävät mahdollisuutta rytmihäiriöihin ja verenpaineen muutoksiin, koska toimenpiteet lisäävät stressiä ja muuttavat sykettä, verivolyymia ja verenpainetta. (Lukkari ym. 2007, 369–370.)

Hengityksen tarkkailussa kiinnitetään huomiota hapettumiseen, hengityksen laatuun ja eritteisiin, sekä ihon ja limakalvojen väriin. Hengityksen laadussa arvioidaan frekvenssiä, syvyyttä, tapaa ja hengitysääniä. Potilaan itsenäistä hengitystä voidaan tukea esimerkiksi asentohoidolla tai avustaa esimerkiksi lisähapella tai liman imemisellä hengitysteistä. (Lukkari ym. 2007, 366–367.) Anestesian jälkeisiä hengityshäiriöitä voivat olla ylä- tai alahengitysteiden ahtautuminen, hypoksemia tai hypoventilaatio. (Rosenberg ym. 2002, 209–211).

Sydämen ja verenkierron toiminnasta huolehditaan seuraamalla sykkeen rytmiä ja vahvuutta, verenpainetta ja sydänsähkökäyrää. Toimintoja tuetaan lisähapen sekä neste- ja lääkehoidon avulla. Lisäksi huolehditaan potilaan lämpötasapainosta ja tarkkaillaan mahdollisia lihasvärinöitä. Lämmitetyistä infuusioista ja lämpöpuhaltimesta voi olla apua. (Lukkari ym. 2007, 366–367.) Hypotermian riski on kasvanut erityisesti vanhuksilla ja puudutetuilla potilailla ja se voi aiheuttaa lihasvärinää. Jos kehon lämpötila on alle 35 C, lämmittäminen on tarpeen hypotermian ehkäisemiseksi. (Rosenberg ym. 2002, 214–215). Verenkiertoa tarkkaillaan mahdollisten hyper- tai hypotension, rytmihäiriöiden, sydänlihaskemian ja sydämen vajaatoiminnan varalta. (Rosenberg ym. 2002, 203–208).

Tajunnan tason tarkkailuun kuuluu seurata, miten potilas toipuu nukutuksesta. Jos potilas on sekava, kouristeleva tai nukutuksesta herääminen viivästyy, tärkeää on alkaa selvittämään taustalla olevaa syytä. Tajunnan tasoa selvitetään kommunikoimalla potilaan kanssa. Hänelle voidaan esittää kysymyksiä ajasta ja paikasta ja tarkistaa, kuinka heräteltävissä hän on. (Lukkari ym. 2007, 366–367.) Heräämisen viivästyminen voi johtua anestesia-aineiden vaikutuksesta, metabolisista syistä (esimerkiksi hypoksia, hypoglykemia, uremia, hypotermia tai elektrolyyttihäiriöt) tai neurologisesta sairaudesta. Sekavuuden taustalla voi olla lääkkeellinen tai metabolinen selitys tai infektio. Kouristeleva potilas vaatii neurologin konsultointia oikean syyn ja hoidon selvittämiseksi. (Rosenberg ym., 2002. 213–214.)

Puudutuksesta toipumista seurataan kartoittamalla lihasvoimaa kehottamalla potilasta liikuttelemaan tiettyä kehon osaa ja seuraamalla tuntorajoja. Myös hengityslihasten toiminnan tarkkailu on keskeistä. Nestetasapainon tarkkailuun kuuluu balanssin laskeminen, jossa otetaan huomioon

kaikki eritteet eli nesteet, virtsa, veri ja oksennus. Potilas voi juoda pieniä määriä nesteitä ja nauttia aterian toivuttuaan anestesiasta. Huomiotta ei tule jättää potilaan janon tuntemuksia eikä limakalvojen kuivumista. Leikkausalueen ja haavan hoidosta on yleensä yksilö- ja toimenpidekohtaiset ohjeet, joita tulee noudattaa. Potilas itsekin osaa antaa tietoa tuntemuksista alueella. Kutina, kireys ja venytys on laitettava merkille. Turvotuksen ja vuodon määrää ja laatua tarkkaillaan. Potilaalle valitaan asento, joka ei rasita haava-alueita. (Lukkari ym. 2007, 366–367.)

### 2.3 Potilaan kivun arviointi ja hoito

Sairaanhoitajan tehtäviin heräämässä oleellisena osana kuuluu potilaan kivun hoito. Anestesia- ja kivunlääkäri on suunnitellut potilaan kivunhoidon potilaan tilan, leikkauksen laajuuden ja mitatun kivun mukaisesti, mutta sairaanhoitaja on eniten vuorovaikutuksissa potilaan kanssa ja on avainasemassa optimaalisen kivunlievityksen löytymisessä. Kivunhoito on tasapainoilua optimaalisen kivuttomuuden ja kivun hoidon aiheuttamien haittavaikutusten välissä. Kivun arviointi voi olla haastavaa ja sitä on tulkittava potilaan kertomasta ja kliinisistä merkeistä. Monet potilaat saattavat ajatella, että kipu kuuluu asiaan, eivätkä kerro tuntemuksistaan. Kipu voi ilmetä esimerkiksi vartalon ja kasvojen jännittämisenä, huolestuneella ilmeellä ja kasvojen rypistelyinä. Hengityksestä tehtävät havainnot kuten huokaaminen, pinnallinen hengitys, nopea hengitys ja yskimisen hankaloituminen voivat olla merkki kovasta kivusta. Potilas voi olla myös itkuinen ja hikinen. Kipu aktivoi sympaattista hermostoa ja näin ollen nostaa verenpainetta, sydämensykeä, hapenkulutusta ja sydämentyömäärä nousee. Kipu aiheuttaa myös verisuonten supistumista. Sairaanhoitajalla on nykyään apunaan monenlaisia kivunarvioimistyökaluja. Näistä tunnetuimpia ovat visuaalinen kipuaasteikko (VAS: Visual analog scale), numeraalinen kipuaasteikko (NRS: Numeric Rating Scale), sanallinen kipuaasteikko (VRS: Verbal Rating Scale) sekä numeraalinen ja sanallinen kipuaasteikko. Nämä kipumittarit on kuvattu tarkemmin taulukkoon 2 (Lukkari ym. 2007, 370–374; Ahonen ym. 2012, 108–112; Manley & Bellman 2000, 467.) Raappanan (2001, 50) tutkimuksessa 79 % päiväkirurgisista potilaista koki, että kirjalliset preoperatiiviset ohjeet auttoivat heitä postoperatiivisen kivun hoidossa. Heistä 90 % koki, että ohjeet oli tärkeä saada ennen toimenpidettä, mutta kuitenkin 61 % oli sitä mieltä, että ohjeet olisi parempi saada vasta hoidon jälkeen.

TAULUKKO 2. Valvontayksikössä käytettäviä kivunarvioinnin työkaluja (Lukkari ym. 2007, 371.)

<p>Sanallinen kipuasteikko, verbal rating scale (VRS)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ei kipua</li> <li>- lievä kipu</li> <li>- kohtalainen kipu</li> <li>- voimakaskipu</li> <li>- sietämätön kipu</li> </ul>	<p>Numeraalinen asteikko, Numeral rating scale (NRS)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- asteikko 0-10 10 kuvaa pahinta kuviteltavissa olevaa kipua</li> </ul>
<p>Numeraalinen ja sanallinen tyytyväisyysasteikko</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 täysin tyytyväinen, erinomainen kivunlievitys, ei sivuvaikutuksia</li> <li>- 2 tyytyväinen, hyvä kivun lievitys, lieviä sivuvaikutuksia</li> <li>- 1 tyytymätön, riittämätön kivun lievitys, sivuvaikutuksia</li> <li>- 0 täysin tyytymätön, tehoton kivunlievitys</li> </ul>	<p>Visuaalinen kipu asteikko, Visual analogue scale (VAS)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kipujana tai kipu kiila, jossa toinen ääripää kuvaa kivutonta tilaa ja toinen kovinta kuviteltavissa olevaa kipua</li> <li>- Potilas merkitsee janalle tai kiilalle viivan siihen kohtaan, joka kuvaa hänen kipunsa voimakkuutta</li> <li>- kipukiilassa kasvava muoto ja väri kuvaavat kivun voimakkuutta</li> <li>- kipua voidaan arvioida myös kasvojen ilmeistä osoittavista kipumittareista esimerkiksi lasten kohdalla</li> </ul>

On tärkeää kirjata, miten potilas itse kokee kipunsa. Hoidon kannalta oleellista on tehdä kirjaus ennen ja jälkeen kivunlievityksen. (Lukkari ym. 2007, 370–374; Ahonen ym. 2012, 108–112.) Kipu hidastaa potilaan toipumista anestesiasta sekä nopeuttaa haavojen paranemista. Sairaanhoidajan on tiedostettava myös kivun aiheuttama psyykkisen kuorman tuoma hidaste toipumiseen. Voi-daankin väittää, että postoperatiivisen kivun hoidon hyödyt ovat puhtaasti inhimillisyyden ja psykologisten hyötyjen kautta myös taloudelliset. (Manley & Bellman 2000, 467–468.)

Kivunhoidossa suositetaan ennakointia ja se tulisi aloittaa jo ennen leikkausta. (Manley & Bellman, 2000, 467). Lääkkeellinen kivunhoito valvontayksikössä tapahtuu laskimo- tai lihasteitse tai suun

kautta. Lisäksi käytössä on erilaisia puudutusmenetelmiä, kuten spinaali- tai epiduraalipuudutus ja haava-alueen puudutukset (Ahonen ym. 2012,110).

## **2.4 Pahoinvoinnin arviointi ja hoito**

Tavallisimpiin leikkauksen jälkeisiin sivuvaikutuksiin kuuluu PONV eli postoperative nausea and vomiting. (Lukkari ym. 2007, 375–377). Purhosen (2006) väitöstutkimuksessa selvisi, että ilman mitään pahoinvoinnin ehkäisyä leikkauksen jälkeisestä pahoinvoinnista kärsi 60 % -80 % potilasta. Anestesian jälkeen normaalit nielun suojarahkeet eivät toimi vielä kunnolla, joten aspiraattioriski on suuri (aspiraatio eli mahalaukun sisällön joutuminen hengitysteihin). Aspiraatiosta voi koitua pitkäaikaista harmia, sillä se voi johtaa keuhkokuumeeseen tai atelaktaasiin eli keuhkon tai sen osan ilmattomuuteen. (Lukkari ym. 2007,375–377.)

## **2.5 Potilaan kotiutus**

Potilaan kotiutuksesta tai jatkohoitopaikasta päättää lääkäri. Sairaanhoitaja arvioi, täytyvätkö siirtokriteerit ja sairaanhoitajan tekemien havaintojen myötä lääkäri arvioi potilaan jatkosuunnitelmat. (Lukkari, 2007, 382.) Päästäkseen heräämöstä potilaan tulee pystyä pitämään ilmatiet avoinna ja hapettua normaalisti ilman happitukea, ruumiinlämmön tulee olla normaali, eikä saa olla näyttöä sisäisistä tai ulkoisista vuotoista. Pahoinvoinnin ja kivun on myös oltava hallinnassa ennen kotiin lähtöä. (Manley & Bellman 2000, 428–429). Kotiutusta helpottavia mittareita on kehitetty 1970-luvulta asti, jolloin Aldereta ja Kroulik (1970) kehittivät PARS- mittarin (a postanesthetic recovery score). Mittarin pisteytys perustui aktiivisuuteen, hengitykseen, verenkierron, tajunnan ja värin tarkkailuun. PARS- mittaria on muunneltu tuon jälkeen moneen käyttötarkoitukseen. Näistä yksi on PADDs (postanesthetic discharge scoring system), joka tehtiin vastaamaan päiväkirurgisen potilaan valmiutta kotiutua. PADDs toi esiin kotiin pääsyn estävinä tekijöinä kivun, haavanvuodon pahoinvoinnin ja oksentelun. (Naski, Heikkinen & Rantala. 2012, 10–13). Taulukossa 3 on esitetty päiväkirurgisen potilaan kotiuttamiskriteerit Korttilan (2005) ja Lukkarin (2007) mukaan.

TAULUKKO 3. Päiväkirurgisen potilaan kotiuttamisohjeet (Korttila, 2005; Lukkari ym. 2007)

1. *Vakaat elintoiminnot*
2. *Potilaan on*
  - a. *oltava orientoitunut aikaan ja paikkaan*
  - b. *pystyttävä kävelemään ilman tukea*
  - c. *pystyttävä pukemaan itse*
  - d. *pystyttävä tarvittaessa juomaan ja virtsaamaan*
3. *Potilaalla ei saa esiintyä*
  - a. *liiallista pahoinvointia*
  - b. *liiallista kipua (tarvitsee injisoitavia lääkkeitä)*
  - c. *verenvuotoa tai tihkumista haavasta*
4. *Hoito kotona*
  - a. *potilaalla tulee olla vastuullinen saattaja kotimatalle*
  - b. *kotona oltava läheinen ihminen tai sosiaalinen verkosto saatavissa avuntarpeeseen ensimmäisen yön ajan.*

Kun yksikön kotiutumiskriteerit ovat täyttyneet, päiväkirurgisessa yksikössä potilas kotiutuu toisen vaiheen jälkeen. (Lukkari ym. 2007, 359–361). Postoperatiivinen vaihe jatkuu, kunnes ei enää tarvita leikkaukseen liittyviä hoitotoimenpiteitä. (Lukkari 2007, 21).

Perioperatiivisessa hoitotyössä painottuu potilaan ohjaus. Ohjauksen tulisi olla yksilöllistä ja potilaan tulisi ymmärtää hänen saamansa ohjeet. (Lukkari ym. 2007, 239–240). Päiväkirurgisessa hoidossa potilaat ovat yleensä lääkityksen puolesta tajunnantasoltaan valmiita vastaanottamaan ohjausta, koska päiväkirurgisten anestesia lääkkeiden valinnassa huomioidaan nopea toipumis aika. Jos potilas on valvontayksikössä anestesia lääkkeiden vaikutuksen alaisena, hän ei välttämättä ymmärrä tai muista hänelle annettuja ohjeita. Jotta ohjeet olisivat mahdollisimman ymmärrettävät, ammattikieltä tulisi välttää. Ohjeiden tulisi olla loogisia ja perusteltuja. Suullisten ohjeiden lisäksi potilaalle tulisi antaa kirjallista materiaalia. (Lukkari ym. 2007, 35). Postoperatiiviseen vaiheeseen kuuluu, että hoitaja soittaa potilaalle leikkauksen jälkeisenä päivänä selvittääkseen, mi-

ten tämä on voinut ja selviytynyt itsenäisesti. Potilaalla ei välttämättä ole mahdollisuutta tavata hoitajaa valvontayksiköstä lähdettyään. (Lukkari 2007, 35, 383).

Hoitajan on varmistettava potilaan tiedon saanti, vaikka potilas itse ei sitä erikseen pyytäisi. Koska hoitoaika on lyhyt, potilaan hoito jää enemmän hänen omalle vastuulleen. Potilaan toipumisen ja selviytymisen kannalta ohjauksella on suuri merkitys. Hyvällä ohjauksella vältetään postoperatiivisia komplikaatioita ja voidaan lyhentää toipumisaikaa ja siirtymistä takaisin normaaleihin päivärutiineihin, sekä vähennetään kipukokemuksia. Onnistuneen itsehoidon edellytys on myös potilaan oma sitoutuminen hoitoonsa. Ohjauksessa on huomioitava resurssit, mutta toisaalta hoitajan on huomioitava myös, jos potilas mahdollisesti tarvitsee lisää ohjeita tai tukea. Tilanne on ennen kaikkea vuorovaikutusprosessi. (Lukkari ym. 2007, 33.)

## **2.6 Isovarpaan tyvinivelen luudutusleikkaus**

Isovarpaan kääntyessä tyvinivelen kohdalta muita varpaita kohti vaivaa kutsutaan hallux valgusiksi, eli vaivaisenluuksi. Vaivaisenluuhun liittyy isovarpaan tyvinivelen toimintahäiriö ponnistamisvaiheessa. Tämä voi aiheuttaa kipua ja liikkeen rajoittumista. Häiriön taustalla voi olla fyysisiä jalan anatomiaan liittyviä tai perinnöllisiä tekijöitä, tulehduksellinen perussairaus tai runsas kapeakrkisten kenkien käyttö. Jos vaivaisenluu aiheuttaa kipua ja toiminnallista haittaa, se voidaan hoitaa konservatiivisella hoidolla tai tarvittaessa yhdistää siihen leikkaushoito, jos konservatiivinen hoito ei ole riittävän tehokas. Vaikean vaivaisenluun hoidossa päädytään usein isovarpaan tyvinivelen artrodesiin, eli luudutusleikkaukseen. (Korkala & Torkki, 2013, Hakupäivä: 14.3.2014)

Isovarpaan luudutusleikkaus on suositeltava tehtäväksi blokadi- tai yleisanestesiassa tai spinaali-puudutuksessa päiväkirurgisesti, mikäli potilaan kunto sen sallii. Leikkauksessa on suositeltava käyttää verityhjötä sekä antibioottiprofylaksiaa. MTP-1 nivel eli tyvinivel avataan ja jänne vedetään syrjään. Nivelpintojen poisto voidaan tehdä joko sahalla tai purijalla. Jäykistys voidaan tehdä Kisner-piikkien, ruuvien ja levyjen avulla. (Mäenpää, 2009) Jalkateräleikkauksissa käytetään usein nilkkapuudutusta. Vaikutus alkaa noin 15 minuutissa ja on vahvimmillaan noin 90 minuutin kuluttua. Nilkkapuudutuksen etu on vähäinen motorinen salpaus. Erityisiä vasta-aiheita puudutukselle ei ole. Nilkkapuudutuksella haetaan myös parempaa nilkan liikkuvuutta leikkauksessa. (Hautamäki & Ylikauma, 2005, Hakupäivä: 15.4.2014)

Usein hallux valguksen toimintahäiriöön liittyy pohkeen kireys, joka on huomioitava sekä konservatiivisessa että operatiivisessa hoidossa. Pohjekireyttä voidaan hoitaa preoperatiivisin venytyksin tai leikkaustoimenpiteen yhteydessä. (Klemola, 2011, Hakupäivä: 18.3.2014)

Potilas toipuu leikkauksesta noin 3-6 viikon aikana, jonka jälkeen ompeleet poistetaan ja jalan liike- ja venytysharjoitukset voi aloittaa. Leikkauksenjälkeiseen alkuvaiheen konservatiiviseen hoitoon kuuluu harjoitteiden lisäksi myös jalkinehoito, joka helpottaa potilaan kävelemistä ja kivun hallintaa. Kapeakärkisiä kenkiä ei tule käyttää enää leikkauksen jälkeen lainkaan. Noin joka viidennellä potilaalla vaivaisenluu uusiutuu, mutta isovarpaan tyvinivelen artrodeesi on havaittu hyväksi toimenpiteeksi, sillä sen on todettu korjaavan vaivaisenluun virheasennon pysyvästi. (Korkala & Torkki, 2013, Hakupäivä: 14.3.2014)

### 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla sairaanhoitajien kokemuksia päiväkirurgisen isovarpaan tyvinivelen luudutusleikkauspotilaan postoperatiivisesta vaiheesta. Potilasryhmäksi valittiin isovarpaan tyvinivelen luudutusleikkauspotilaat, koska toimenpide on Avohoitotalossa yleinen ja tutkijoiden kuuleman mukaan juuri tästä toimenpiteestä haluttiin hoitajien keskuuteen tietoa, jota he voisivat hyödyntää työssään. Opinnäytetyössä tuotetun tiedon tavoitteena on hyödyntää sitä hoitotyön oppimisessa, vastavalmistuneiden sairaanhoitajien perehdytyksessä ja Avohoitotalon postoperatiivisen päiväkirurgisen potilaan hoidon kehittämisessä. Avohoitotalon toimintamallille on ominaista työntekijöiden vaihtuvuus eri työpisteiden välillä, joten kokemustiedon saaminen ja jakaminen on useille työntekijöille hyödyllistä.

Päiväkirurgisen potilaan hoito vaatii potilaan panostamista itsenäiseen hoitoon ja kotona pärjäämiseen, joiden varmistumisessa sairaanhoitajalla on tärkeä ja olennainen tehtävä. Sairaanhoitajan hyvä ammatillinen osaaminen tukee potilaan itsenäistä pärjäämistä, joten potilaat hyötyvät opinnäytetyössä tuotetusta kokemustiedosta, jota hoitaja käyttää heitä hoitaessaan. Lisäksi opinnäytetyöntekijät saavat sairaanhoitajilta kokemustietoa, joka antaa ammatillisen näkökulman päiväkirurgisen potilaan postoperatiiviseen hoitoon ja potilaan kannalta onnistuneeseen lopputulokseen. Aiheeseen liittyvään tutkimus- ja teoriatietoon tutustuminen on auttanut ymmärtämään hyvän postoperatiivisen hoidon merkitystä laajemmin nykyajan sosiaali- ja terveysalalla.

Päätutkimuskysymys on millaiseksi Avohoitotalon sairaanhoitajat kuvailevat päiväkirurgisen potilaan postoperatiivisen vaiheen isovarpaan tyvinivelen luudutusleikkauksen jälkeen?

Alatutkimuskysymyksiä ovat:

Millaisia kokemuksia anestesia-sairaanhoitajilla on potilaan anamneesista ja tiedottamisesta?

Millaisia kokemuksia anestesia-sairaanhoitajilla on potilaan elintoimintojen vakauttamisesta?

Millaisia kokemuksia anestesiahoitajilla on potilaan kivun arvioinnista ja hoidosta?

Millaisia kokemuksia anestesiahoitajilla on potilaan kotiuttamisesta?

Millaisia kokemuksia anestesiahoitajilla on potilaan jatkohoidon turvaamisesta?

## 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 4.1 Tutkimusmetodologia

Tutkimusmenetelmän valinta riippuu tutkimusongelmasta (Hirsjärvi & Hurme, 2001, 27). Tutkimuksen tarkoituksena oli saada kokonaisvaltainen kuva sairaanhoitajien kokemuksista postoperatiivisen vaiheen hoidon toteutumisesta. Määrällisellä tutkimuksella pyritään ymmärtämään syyseuraussuhteita yleistyksien kautta (Hirsjärvi & Hurme, 2001, 25). Laadullinen tutkimus kuvaa ilmiöitä ja toimintoja, eikä niinkään etsi yleistettävää tietoa. Aineiston määrää olennaisempaa on sen syvyys ja laatu (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 87-88.) Oli odotettavissa, että tiedonantajiksi saadaan vain vähän sairaanhoitajia, joten laadullinen tutkimusote koettiin halutun kokemustiedon kannalta sopivammaksi.

Hoitohenkilöstö tuntee jo päiväkirurgisen potilaan hoidon tietoperustan, mutta tutkimuksella haluttiin tuottaa kokemustietoa myös isovarpaan tyvinivelen luudutusleikkauspotilaan hoidosta. Tutkimus on otteeltaan laadullinen, koska kokemustiedon tutkimisessa pyritään käyttämään laatua ymmärtävää tutkimustapaa, joka on määrällisesti vaikeaa (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 67).

### 4.2 Tiedonantajien valinta

Tiedonantajat valittiin konsultoimalla Avohoitotalon osastonhoitajia, Ritva Siuruaista ja Maaria Vähäkangasta. Osastonhoitajille esitettiin valintakriteerit, joiden perusteella tiedonantajia haettiin. Haastateltaviksi etsittiin henkilöitä, jotka olivat halukkaita tuomaan kokemuksiaan esille ja täyttäsivät tutkimuksen vaatimat kriteerit. Heidän tuli olla anestesiaosastonhoitajia ja työskennellyt Avohoitotalossa siitä lähtien, kun Avohoitotalo avattiin eli vuodesta 2010. Työkokemusta päiväkirurgisen potilaan postoperatiivisesta hoidosta tuli olla vähintään 5 vuotta. Avohoitotalossa potilasryhmät on jaettu neljälle eri tiimille. Osastonhoitajat ohjasivat tutkijat kriteerien perusteella tiimin 4 eli jalka-, käsi- ja reumakirurgian apulaisosastonhoitaja Minna Tauriaisen puoleen. Useille kriteerit täyttävälle anestesiaosastonhoitajille lähetettiin saatekirje (Liite 1), jossa heitä pyydettiin ottamaan yhteyttä haastattelijoihin. Saatekirjeessä kerrottiin myös miksi tutkimus tehdään ja mihin sitä voidaan käyttää sekä miten tietoja säilytetään. Lisäksi saatekirjeessä kerrottiin haastattelun tekemisestä. Vain yksi kuitenkin vastasi, joten toinen haastateltava etsittiin Minna Tauriaisen avulla.

Tutkimusongelma määrittää sen, kuinka paljon haastateltavia tarvitaan. Liian suuresta joukosta on vaikea tehdä syvällistä tulkintaa. Yksityiskohtainen tutkiminen on hankalaa, jos haastateltavia on useita (Hirsjärvi & Hurme, 2001, 58-59.) Tiedonantajat valittiin tarkkaan, jotta he olisivat juuri tutkimuksen tarkoitukseen sopivia. Sopivien kriteerien täytyminen asetti rajoituksia tutkittavien henkilöiden valintaan. Kun haastateltavat valittiin etukäteen, pystyttiin varmistamaan, että heillä on riittävästi kokemustietoa tutkittavasta aiheesta. Haastateltavilta henkilöiltä haluttiin saada mahdollisimman kokonaisvaltaista kokemustietoa päiväkirurgisen potilaan postoperatiivisesta hoidosta isovarpaan tyvinivelen luudutusleikkauspotilaalla. Aikomuksena oli haastatella useampaa sairaanhoitajaa tiimistä 4. Halukkaita tai sopivia henkilöitä ei kuitenkaan löytynyt enempää, ja kahden haastateltavan avulla saatiin riittävästi aineistoa, joka vastasi tutkimuskysymykseen.

### **4.3 Aineiston keruu**

Tutkittava aineisto kerättiin haastattelemalla sairaanhoitajia. Haastattelu voidaan määrittää keskusteluksi, joka tähtää johonkin tarkoitukseen. Haastattelulle on ominaista, että haastattelija hakee tutkimusongelmaa vastaavaa tietoa ja on tutustunut tutkimaansa aiheeseen. (Hirsjärvi & Hurme, 2001, 42-43). Teemahaastattelulle on tyypillistä, että valmiiden kysymysten sijaan haastattelija listaa käsiteltävät aiheet ennen haastattelua muistisanoiksi, jotka ohjaavat haastattelun kulkua. Käsiteltävät aiheet eli teemat perustuvat tutkimusaiheen teoreettiseen viitekehykseen. (Hirsjärvi & Hurme, 2001, 66.) Valituille sairaanhoitajille lähetettiin haastattelun teemat (Liite 2) viikkoa ennen haastattelutilannetta, jotta he pystyivät valmistautumaan sitä koskeviin aiheisiin. Teemat muodostuivat teoreettisen viitekehyksen pohjalta ja niiden sisältö käsitteli päiväkirurgisen potilaan postoperatiivista tarkkailua ja hoitoa valvontayksikössä, kivun ja pahoinvoinnin arviointia ja hoitoa sekä tiedottamista ja kotiutusta.

Haastattelun runkoa ja haastattelutekniikkaa esiteltiin kuukautta ennen varsinaisia tutkimuksessa käytettäviä haastatteluja. Esitestaamisella testattiin haastattelussa käsiteltävien teemojen järjestystä, kysymysten muotoa ja haastattelun kestoa, jotta haastattelurunkoja voitaisiin tarvittaessa vielä muuttaa ennen varsinaisia haastatteluja. (Hirsjärvi & Hurme, 2001, 72.) Esitestaajana käytettiin henkilöä, joka oli valmistumassa anestesia-sairanhoitajaksi tutkijoiden opiskelijaryhmästä, ja jolle Avohoitotalo oli tuttu työharjoittelujaksoilta. Esitestaamisen yhteydessä hyvin toimi-

vaksi havaittu puhelimen nauhuri hajosi ensimmäistä oikeaa haastattelua suorittaessa, joten varanauhurilla varautuminen oli aiheellista. Lopulliset haastattelut käytiin samoista teemoista, kuin esitestattu haastattelu, mutta lopulliset haastattelut veivät enemmän aikaa.

Valmiiksi laadituista teemoista huolimatta keskustelun aiheita tai vastaajien vastaamista ei rajoitettu, vaan he saivat tuoda esille omia teemoihin liittyviä havaintojaan ja kokemuksiaan sekä kertoa niistä halutessaan vapaasti. Aineistonkeruumenetelmänä haastattelu oli tutkimukseen sopiva ja joustava, koska se mahdollisti tarkentavien kysymyksiä esittämisen, kysymyksiä toistamisen ja vuoropuhelun käymisen vastaajien kanssa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 74-78).

Haastattelut suoritettiin kesällä 2013 Avohoitotalossa rauhallisessa ympäristössä tilassa, jossa oli haastattelujen aikana haastattelijoiden lisäksi ainoastaan haastateltava sairaanhoitaja. Jotta haastateltavien aikaa ja kustannuksia kului mahdollisimman vähän, vastaajat kävivät haastattelussa yksitellen työpäivänsä aikana ja ne suoritettiin lähellä haastateltavien työpisteitä, heidän toimissaan paikoissa. Haastattelut tehtiin eri päivinä. Haastatteluihin oli varattu kaksi tuntia yhtä haastattelua kohden. Teemojen ja kysymysten riittävää läpikäymiseen meni aikaa kuitenkin vain 30-45 minuuttia. Haastateltaville kerrottiin tutkimuksen aiheesta ja käyttötarkoituksesta jo saatekirjeessä, jossa kerrottiin myös tietojen keräämisestä, käytöstä ja säilytyksestä, sekä suojaamisesta. Haastattelut nauhoitettiin nauhurilla ja älypuhelimella. Haastateltavia informoitiin nauhurien käytöstä jo saatekirjeen yhteydessä. (Kuula, 2011, 106.) Ennen haastattelun aloittamista haastateltavat sairaanhoitajat allekirjoittivat haastattelupaikalla suostumuslomakkeen (Liite 3), jossa haastateltavat antoivat luvat haastattelun nauhoittamiselle ja sen sisällön käyttämiseksi tutkimuksen tekemisessä. Suostumuslomakkeessa mainittiin myös, että tutkimukseen osallistumisen voi halutessaan keskeyttää.

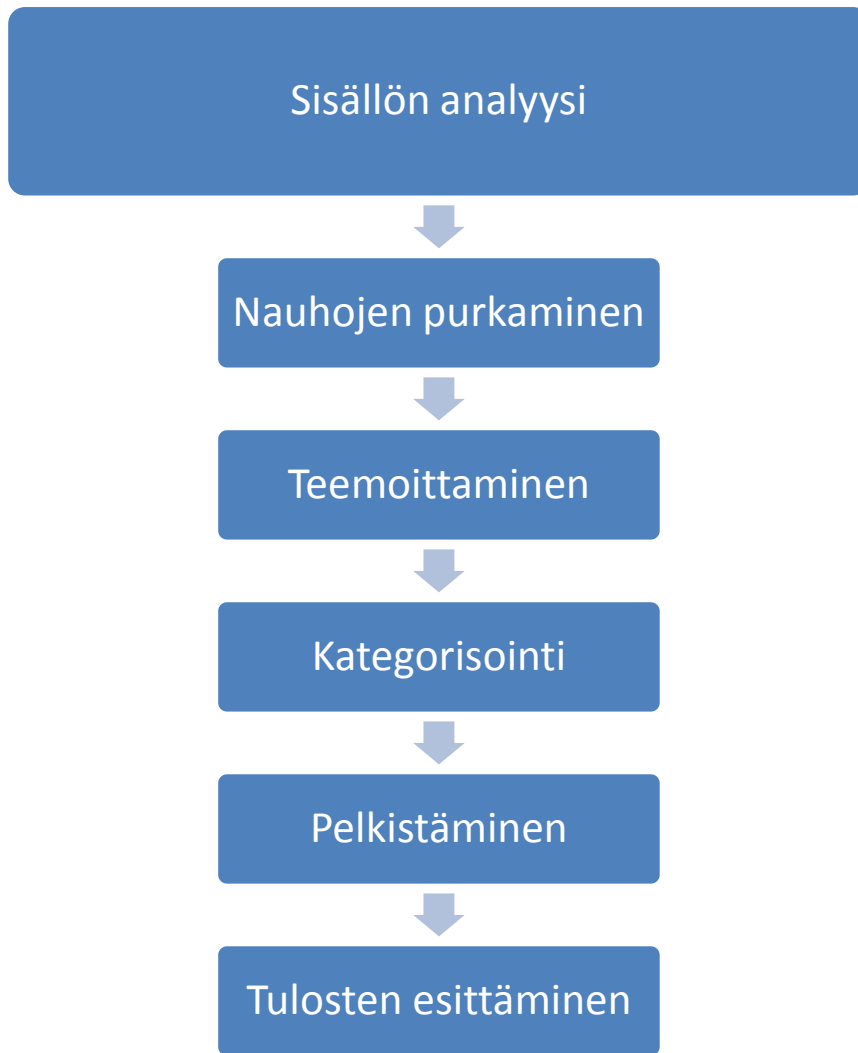
#### **4.4 Aineiston käsittely ja sisällön analyysi**

Opinnäytetyö analysoitiin sisällön analyysillä vaiheittain (KUVIO 1). Sisällönanalyysillä voidaan analysoida niin kirjoitettua kuin puhuttua tietoa sekä tarkastella asioiden merkityksiä, seurauksia ja yhtäläisyyksiä. (Janhonen & Nikkonen, 2001, 21.) Analyysille on ominaista, että aineistoa tarkastellessa siitä pyritään löytämään piirteitä, joita haastateltava ei välttämättä ole sanatarkasti kertonut. Tutkija tarkastelee aineistoa valitsemastaan näkökulmasta (Hirsjärvi & Hurme, 2001, 137). Tutkija tulkitsee kuitenkin aineistoa yksiselitteisesti siten, ettei lukija voi olla tuloksista eri

mieltä. (Hirsjärvi & Hurme, 2001, 151.) Tutkimuksen aineistoa tarkasteltiin sairaanhoitajan kokemuksen näkökulmasta.

Aineiston analyysi aloitettiin kuuntelemalla haastattelut useaan kertaan, jonka jälkeen ne kirjoitettiin tietokoneella auki eli litteroitiin. Litterointi voidaan tehdä joko koko aineistosta tai pelkkien teemojen mukaan. Analyysi voidaan suorittaa myös ilman litterointia, suoraan haastattelunauhosta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2013, 222). Haastattelut päätettiin litteroida täysin, jotta mitään olennaista ei jäisi tutkimuksen ulkopuolelle, kun aineistoa ei ollut kovin paljon. Nauhat kirjoitettiin auki tarkasti, ensin täysin muuttumattomana sanasta sanaan. Myöhemmin aukikirjoitukset muutettiin yleiskielisiksi anonymiteetin suojaamiseksi, asiasisältöä muuttamatta. Kirjoitukset tarkastettiin kuuntelemalla ja lukemalla yhtä aikaa useita kertoja niin, että teksti vastasi nauhoitettua haastattelua. Molemmista haastatteluista kertyi yhteensä 22 sivua tekstiä fonttikoolla 12 ja rivivälillä 1,5. Sekä haastattelunauhat että aukikirjoitetut haastattelut säilytettiin niin, että ne olivat ainoastaan tutkimuksen tekijöiden saatavilla.

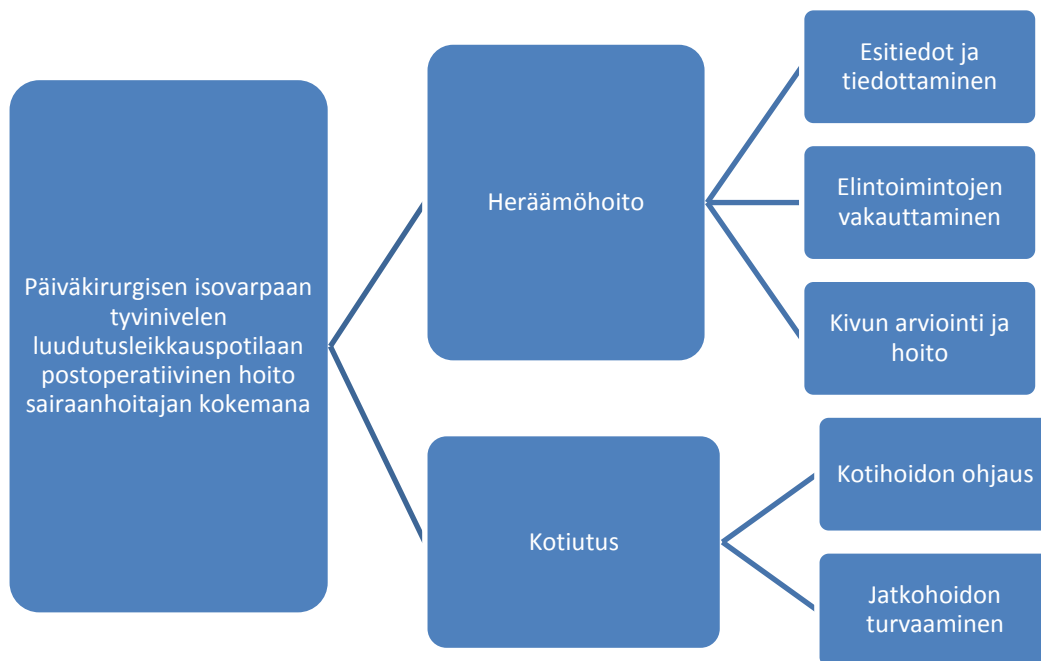
Aineistot koodattiin eri värein siten, että samaan teemaan liittyvät kokemukset koodattiin samalla värillä. Värikoodien mukaisista teemoista on käytetty nimitystä yläkategoria. Yläkategorioiksi muodostuivat esitiedot ja niistä tiedottaminen, elintoimintojen vakauttaminen, kivun arviointi ja hoito, kotihoidon ohjaus, sekä jatkohoidon turvaaminen. Yläkategoriat yhdistettiin heräämöhoidoksi ja kotiutukseksi, jotka muodostavat päiväkirurgisen potilaan postoperatiivisen hoidon. Yläkategoriat jaettiin niin, että heräämöhoido koostui esitiedoista ja niistä tiedottamisesta, elintoimintojen vakauttamisesta, sekä kivun arvioinnista ja hoidosta.. Kotiutus koostui kotihoidon ohjaamisesta ja jatkohoidon turvaamisesta. Koko aineisto pelkistettiin siten, että haastateltavien kertomat asiat kirjoitettiin tutkimuskysymystä vastaavaan muotoon. Tutkimuskysymyksiä ei tarvinnut muokata jälkeenpäin, koska saatu aineisto vastasi tutkimuskysymyksiin ja aineistoa oli riittävästi. Pelkistykset jaettiin alakategorioiden alle. Tutkimustuloksissa seuraavassa luvussa on annettu esimerkkejä suorista lainauksista, jotta lukija näkee, mistä pelkistykset on muodostettu.



*KUVIO 2. Sisällön analyysin vaiheet*

## 5 TUTKIMUSTULOKSET

Haastatteluista saatu aineisto sairaanhoitajien kokemuksista päiväkirurgisen isovarpaantynivelen luudutusleikkauspotilaan postoperatiivisesta hoidosta jaettiin valmiiden teemojen mukaisesti viiteen yläkategoriaan; esitiedot ja tiedottaminen, elintoimintojen vakauttaminen sekä kivun arviointi ja hoito, kotihoidon ohjaus ja jatkohoidon turvaaminen. Selkeyttämisen vuoksi yläkategoriat jaettiin vielä heräämöhoidon ja kotiutukseen ennen varsinaista opinnäytetyön otsikointia. (KUVIO 2) Heräämöhoidon ja kotiutuksen alla olevat yläkategoriat on jaettu alakategorioiksi, joiden alle pelkistykset on laitettu. (Liite 4, Liite 5)



KUVIO 2. Tuloksien jakaminen yläkategorioihin.

### 5.1 Kokemukset potilaan esitiedoista ja tiedottamisesta

Haastateltavien mukaan esitiedot ja niistä tiedottaminen koostuivat potilaan anamneesista, raportoinnista ja kirjaamisesta.

Haastateltavat kokivat potilasaineuksen olevan pääasiassa suhteellisen hyväkuntoista ja päiväkirurgiseen elektiiviseen toimenpiteeseen sopivaa, mutta kokemusta oli myös huonokuntoisempien potilaiden hoidosta, joiden hoitajakso suunniteltiin yön yli jääväksi. Tyypillisimmän potilaan koettiin olevan yli 40-vuotias, korkokenkiä käyttävä nainen. Yleisanestesiassa tehtävät leikkaukset

arvioitiin spinaalipuudutusta yleisemmiksi. Haastateltavien mukaan nuorimmat leikkaukseen tulijat olivat reumaatikkoja. Potilaiden ASA-luokat koettiin vaihteleviksi.

*Ehkä enemmän naisilla voi olla... Kenkävalinta voi vaikuttaa siihen että jos on käyttänyt korkokantaa paljon tai kapeakärkistä kenkää niin sehän kyllä sitten iän myötä näkyy.*

Postoperatiivista antibioottia ei koettu tarpeelliseksi, koska tämä annettiin kertaluontoisena leikkaussalissa jalkaan laitettavien ruuvien ja piikkien vuoksi. Tromboosiprofylaksiaa ei myöskään koettu tarpeelliseksi, ellei potilaalla ollut taustalla tukostaipumusta tai muuta syytä, kuten syöpää.

Haastateltavat toivat esille, ettei raportti aina ollut suullinen, sillä pikkuhiljaa oltiin siirtymässä hiljaiseen raporttiin, jonka tarkoitus on tutustua potilaan esitietoihin etukäteen. Paperiraporttia ei ollut käytössä ollenkaan. Hiljainen raportti koettiin hyväksi ja joustavaksi erityisesti aamulla, koska se nopeutti toimintaa. Hiljaisilla raporteilla tavoiteltiin nopeampia potilassiirtoja. Hiljaisen raportin kerrottiin olevan toimiva, mutta heräämön ruuhkautuminen ja ajan puute teki siitä haastavan, eikä seuraavien potilaiden esitietoihin siksi välttämättä ehtinyt keskittyä, kun työaika meni muiden potilaiden hoitamiseen. Rutiininomaista suullista raporttia ei koettu tarpeelliseksi, koska haastateltavat pystyivät yleensä tutustumaan potilaan esitietoihin etukäteen. Heräämön saapuvat potilaat tiedettiin jo etukäteen.

Sähköinen tietojärjestelmä mahdollisti tutustumisen etukäteen esim. perussairauksiin, allergioihin ja riskitietoihin. Haastateltavat ottivat esille myös mahdollisuuden seurata salin tapahtumia reaaliajassa sähköisen tietojärjestelmän kautta. Näin haastateltavat tiesivät etukäteen, miten leikkaus on mennyt, mikä anestesia-aine, mitä nesteitä ja lääkkeitä on käytetty, onko katetreja tai vuotoa sekä minkälaiset ovat potilaan jatkohoito-ohjeet. Suulliset erityismaininnat ja kysymykset koettiin kuitenkin joskus tarpeellisiksi. Toinen haastateltavista koki itsestään selväksi, että erityistilanteissa tietoa siirrettiin myös suullisesti. Potilaan siirtämisen yhteydessä kerrottiin vielä kysyttävän raportin vastaanottajalta, onko hänellä kysyttävää.

*Tosi joustava ja tosi hyvä. Ja sitten meistä vielä jokainen ymmärtää, että jos on jotain erityistä, niin se käydään vielä erikseen läpi. Että sen haluaa ilman muuta siirtää sen tiedon suullisesti. Mutta tämmöiset rutiinihommat niin niitä on turha käydä aina rutiininomaisesti läpi.*

Kokonaisvaltainen systemaattinen kirjaaminen koettiin tärkeäksi erityisesti oikeusturvan kannalta. Seuranta-arvot eli happisaturaatio, verenpaine ja pulssi kirjautuivat automaattisesti tietojärjestelmään, mutta osan hoitajat kertoivat kirjaavansa sinne käsin. Kivun ja pahoinvoinnin arvioinnille oli tietojärjestelmässä omat parametrinsa, mutta huomiokohtiinkin niistä kirjattiin vapaasti. Sähköiseen tietojärjestelmään kirjattiin kaikki hoitotyön toiminnot, mitä potilaalle oli tehty.

## 5.2 Kokemukset potilaan elintoimintojen vakauttamisesta

Potilaita hoidettiin haastateltavien mukaan heräämössä kahdessa eri vaiheessa ja ennen kotiin pääsemistä huolehdittiin, että kotiutuskaatit tyytyvät.

Ensimmäinen vaihe koski potilaan voinnin ja elintoimintojen välitöntä tarkkailua tämän ollessa vielä vuoteessa. Hengityksen turvaamisen koettiin olevan tärkein ja aina ensisijainen asia potilaan saapuessa heräämöhön, koska potilaan hengitys oli anestesian jälkeen vielä hieman lamassa. Heräämöhön tullessa haastateltavat kertoivat laittavansa potilaalle happiviikset ja kytkivät seurantalaitteet niin, että arvot olivat näkyvissä sekä laittoivat sekä päädyn että jalan kohoasentoon, jonka jälkeen huolehdittiin kivunhoidosta ennen raportoinnin aloittamista.

Isovarpaan tyvinivelen luudutusleikkauspotilaiden hoidossa erityisenä tuotiin esille iv-nestehoidon tärkeys, koska potilailla oli ollut leikkaussalissa verityhjio käytössä. Salissa aloitettua nesteytystä jatkettiin heräämössä, koska lihas tarvitsi noin tunnin toipuakseen verityhjiöstä.

*Ensimmäisenä huolehditaan hengitys. Se on niin kuin se tärkein, kun monesti kun potilas tähän tulee, niin se hengitys on vielä vähän lamassa niistä anestesia-aineista, niin huolehditaan hapetus.*

Toisen haastateltavan kokemuksen mukaan potilaat viettivät vuoteessa noin 1,5 tuntia ennen kuin nousivat ylös. Vaiheiden välillä ei kuitenkaan ollut tiettyä seuranta-aikaa, vaan haastateltavat arvioivat potilaan vointia siirtäessä heitä seuraavaan vaiheeseen. Potilaan omaa kokemusta pidettiin tärkeänä voinnin arvioimisessa. Myös huumorin keinoin varmisteltiin, että potilaan vointi sallii nousta ylös. Toiseen vaiheeseen haastateltavat kertoivat kuuluvan potilaan oman toiminnan seuraamista, asento- ja haavanhoitoa. Haastateltavat vertasivat heräämön toisen vaiheen toimintaa siihen, miten potilaat pärjäisivät kotonaankin. Toiseen vaiheeseen siirtymisen ehtona kerrottiin olevan kivun hallinta, yleensä VAS:n täytyi olla alle 3. Potilaalla ei saanut olla myöskään pahoin-

vointia eikä väsymystä. Siirtyäkseen hän ei saanut nukkua ja hänen tuli tuntea jaksavansa nousta.

Potilaan olon ollessa huterana, haastateltavat toivat hänelle itse syötävää ja juotavaa vahvistaakseen tämän oloa. Toisen vaiheen heräämössä seurattiin, ettei potilas pyörry tämän touhuillessa. Kävelyä kokeiltiin ensin pientä matkaa vaikka vessaan, jonka sujuessa hyvin voitiin hänet siirtää toiseen vaiheeseen. Nousemisen sujuessa hyvin potilaalle annettiin lupa syödä ja juoda. Kanyyliä pidettiin tarpeellisena siihen asti, kunnes potilas oli pukeutunut vaatteet, jotta potilasta olisi mahdollista vielä tarvittaessa lääkittää.

*Jos näyttää että on vielä huterana olo voidaan tuoda voileipää siihen sängyn viereen että olo vahvistuu. Monesti se ensimmäinen saattaa olla että käydään siinä lähellä vessassa kokeilemassa vähän miltä tuntuu ja jos se reissu menee hyvin voidaan jättää sinne kakkosvaiheeseen.*

Haastateltavat kokivat toiseen vaiheeseen kuuluvan fysioterapiaohjauksen tärkeäksi potilaan vuoteesta nousun yhteydessä. Jalan asennon huomioiminen erityisesti liikkumassa koettiin tärkeäksi. Fysioterapiaohjauksessa kerrottiin potilaalle, miten jalalle varataan, miten sauvoja käytetään ja miten jalkaa venytellään. Haastateltavien kokemusten mukaan potilaasta näkee ja tämä itse kokee, kun on valmis vastaanottamaan fysioterapiaohjeita. Haastateltavien mukaan potilaat muistivat kuitenkin vaihtelevasti fysioterapeuttien antamat ohjeet. Vaikka potilas oli virkeä salista tullessa, iltapäivällä ohjeet saattoivat olla unohtuneet.

Haastateltavat toivat ilmi, että koska potilaat saattoivat vuotaa ylös nousemisen ja liikkumaan lähtemisen yhteydessä, heille vaihdettiin puhtaat sidokset vasta juuri ennen heidän kotiutumistaan, ettei vuoto sotkisi geishatossua. Haastateltavien mielestä potilaan saattaisi olla ikävä käyttää seuraavat kuusi viikkoa vereen sotkeutunutta geishatossua. Joillakin potilailla haava ei juuri vuotanut.

Haastateltavien mukaan potilaan täyttämät kotiutuskriteerit täytyi kirjata sähköiseen tietojärjestelmään ennen potilaan kotiuttamista. Kotiutuskriteereiksi osoittautuivat, että potilas ei ole kovin kipeä eikä pahoinvoiva, on kunnolla hereillä ja kokee olonsa hyväksi. Hän oli virtsannut heräämössä ja hänellä oli hakija ja aikuista seuraa kotona 24 seuraavan tunnin ajan. Potilaan täytyi jäädä yöksi silloin, jos tämän havaittiin olevan kipeä, pahoinvoiva tai heikossa kunnossa. Muita syitä, miksei potilasta päästetty kotiin, olivat pitkä kotimatka, hakijan tai aikuisen seuran puute kotona tai muut syyt. Jos potilaalla ei ollut hakijaa, varattiin tälle mahdollisuus yöpyä sairaalassa. Haastateltavat kertoivat, etteivät päästä potilasta kotiin elleivät kotiutuskriteerit täyty. Toinen

haastateltava kertoo, että kokemus auttaa arvioimaan, onko potilas kotiutuskuntoinen. Vaikka haastateltavat kertoivat varmistavansa hakijan etukäteen, joskus potilaan sanomiset saattoivat herättää epäilyksen. Haastateltavat varmistivat potilaan hakijan kehottamalla potilasta pyytämään hakijaa hakemaan periltä heräämöstä asti.

*...hakijan pitää tulla periltä saakka hakemaan että me ei anneta esimerkiksi potilaan men-  
nä yksin hissillä tuonne ala-aulaan.*

*Saattaa potilaan jutuista tulla semmoinen olo että... niin oliko sinulla hakijaa että se vielä  
varmistetaan sitten.*

### **5.3 Kokemukset kivun arvioinnista ja hoidosta**

Jaoimme haastateltavien esille tuomat kivun arviointiin ja hoitoon liittyvät kokemukset kivun arvi-  
oimiseen sekä lääkkeelliseen ja lääkkeettömään kivun hoitoon.

Kivun arvioinnissa haastateltavat käyttivät useampaa kuin yhtä tapaa; numeerista VAS-asteikkoa, sanallista arviota tai visuaalista eli potilaan kehon kielen sekä verenpaineen ja pulssin tarkkailua. Haastateltavat kokivat levottomuuden, kasvojen ilmeiden, verenpaineen nousun ja pulssin olevan merkkejä kivusta, johon reagoitiin lääkitsemällä. VAS-asteikon käyttö koettiin hyödylliseksi, mutta haastavaksi. Vaikka kivuttomalta vaikuttava potilas kertoi VAS:n olevan 7 ja myöhemmin matalampi, silti voitiin arvioida kivun hoidon vastetta kun VAS nousi tai laski. Haastateltavien mukaan kaikki potilaat eivät osanneet kuvata kivun voimakkuutta VAS-asteikolla kipukokemusta vastaa-  
vasti, vaikka sen kerrottiin olevan potilaille tuttu ajanvarauskirjeestä. Haastateltavat kertoivat pyy-  
tävänsä potilasta kuvailemaan kipuaan sanallisesti, jos VAS-asteikon numeerinen arvo epäilytti  
heitä.

*...nukkuuko se välillä ja jos se silloin sanoo että VAS on kova niin voit ajatella että  
nyt ei ole ymmärtänyt mitä niin kuin haetaan ja mitä tarkoittaa.*

Haastateltavat kertoivat, että kivun arvioimisen apuna huomioitiin myös annetut kipulääkkeet ja  
toipumisvaihe. Ulkoisina kivun merkkeinä hoitajat pitivät levottomuutta ja kasvojen ilmeitä, kuten  
kulmien kurtistelua. Haastateltavien kokemusten mukaan kivuliaimpia olivat juuri heränneet poti-  
laat, joilla nilkkablokkipuudutuksen vaikutus oli jo lakannut. Kipukokemukset koettiin kuitenkin hy-  
vin yksilöllisiksi ja vaihteleviksi. Isovarpaan tyvinivelen luudutusleikkaukseen usein liittyvä pohje-  
vapautus lisäsi kipua, koska nilkkablokkipuudutus ei puuduttanut pohjetta lainkaan. Preoperatiivi-

nen pohkeen venyttely edisti haastateltavien mukaan potilaan toipumista ja vähensi postoperatiivista kipua.

Haastateltavat toivat heräämöhoidossa esille lääkkeettömästä kivunhoidosta kohoasennon tärkeyden. Kohoasento laitettiin heti saliin tullessa ja sen ylläpitämisestä huolehdittiin koko potilaan lepäämisen ajan.

*...aina kun ne tulevat, niin nostetaan heti välittömästi se jalka kohoasentoon. Elikä sekinhän on sitä kivunhoitoa, että se jalka on kohoasennossa. Se huolehditaan ihan siihen saakka, kunnes nousee ylös, että se jalka on siinä koholla. Ja välittömästi kun hän siirtyy kotiutukseen, niin siellä taas nostetaan jalka kohoasentoon. Että se on kivunhoidon, turvotuksen ja verenvuodon kannalta äärimmäisen tärkeää että se on kohoasennossa.*

Lääkkeellisessä hoidossa haastateltavat kertoivat käyttävänsä iv-opiaatteja ja po-lääkkeitä. Po-lääkkeistä yleisimmiksi osoittautuivat opiaatti- ja parasetamoolipohjaiset kipulääkkeet. ASA-lääkkeitä käytettiin heräämössä jonkin verran. Haastateltavat kokivat voivansa lopettaa iv-kipulääkityksen sitten, kun potilas oli riittävän orientoitunut pystyäkseen nauttimaan lääkkeitä suun kautta ilman oksentamis- tai tukehtumisvaaraa. Lääkkeelliseen hoitoon kuului myös nilkka-blokkipuudutus, jonka onnistuminen vaikutti sairaanhoitajien mukaan suurelta osin potilaan kivuliaisuuteen. Potilaan lääkkeellisen hoidon koettiin olevan potilaasta ja hänen kivustaan riippuvais- ta.

*...monesti mää saatan kysyä että pystytkö ottamaan suun kautta kipulääkkeen jos annan. Et jos se näyttää orientoituneelta niin sitten voi antaa sen kipulääkkeen.*

Kivun hoidossa tavoiteltiin nopeaa vaikutusta ja monipuolista ja tehokasta kivun hoitoa. Monipuolista kivunhoitoa toteutettiin yksilöllisellä yhdistelmällä kipulääkkeitä. Nopea vaste saatiin kivun arvioimisella ja hoidolla välittömästi heräämöhön tullessa jo ennen raportin lukemista.

*...siinä vaiheessa jo lähetään monesti hakemaan kipulääkkeet ennen kuin aletaan edes raportoimaan. Jos potilas on hereillä ja ilmaisee sanallisesti että on kipeä, niin silloin haetaan jo heti kipulääkkeet että se pääsee mahdollisimman äkkiä se kipulääke vaikuttamaan.*

*Elikkä siinä pyritään antamaan semmoinen monimuotoinen koktaili, että siinä suljettaisiin niitä kipureseptoreita monelta suunnalta että se olisi mahdollisimman tehokas ja sen lisäksi on monesti sitten tämä nilkkablokki siellä alla vielä.*

#### **5.4 Kokemukset potilaan kotihoidon ohjauksesta**

Kotiutus jaettiin kotihoidon ohjaukseen ja jatkohoidon turvaamiseen. (Liite 6). Kotiutuksessa tärkeimmiksi asioiksi nousivat asioiden läpikäyminen yhdessä ja se, että potilas tietää, mihin olla tarvittaessa yhteydessä. Kotihoidon ohjaukokemuksista nousi esille päiväkirurgisen potilaan kotiutustilanteen haasteita ja apukeinoja sekä kivun- ja haavanhoitoon, sekä luutumisen optimointiin liittyviä asioita.

Toinen haastateltava oli kokenut aistivansa kotiutustilanteessa potilaan kiireen ja sen, ettei hän kuunnellut hoito-ohjeita tarkkaan. Haastateltavien kokemusten mukaan potilaan tarkkaavaisuuden vähenemiselle oli useita syitä. Molemmat nostivat esille potilaan kotiutustilanteessa olevan usein väsynyt pitkän päivän jälkeen. Haastateltavat uskoivat, että tarkkaavaisuuden alentuessa hoito-ohjeita on vaikea ottaa vastaan. Haastavaa ohjauksen onnistumisen kannalta oli myös se, että kotiutustilanteessa potilaalle tulee monta asiaa, mitä pitää muistaa kotona. Kotiutuksen ruuhkautuminen kuormitti työntekijöitä, mutta helpottavaksi tekijäksi koettiin se, että potilaat ovat yleensä kiireettömiä.

*Osalla on hirveä kiire että ” joo joo kyllä mä nään tiiän anna jo ne paperit”. Silloin voi jo odottaa potilaan soittavan seuraavana päivänä ja kysyvän milloin voi suihkuttaa jalkaa.*

*He ovat niin paljon kärsineet siitä jalasta, se on niin paljon aiheuttanut kipuja estää liikkumasta. Jotka tänne asti pöydälle tullee niin kyllä he ovat jo sitten valmiita sen eteen tekemään töitä. Ja potilaat ovat äärimäisen kiitollisia... Hyvää palautetta saadaan.*

Haastateltavat toivat esille apukeinojaan, joita he käyttivät potilasohjaustilanteissa. Pääsääntöisesti potilaiden kerrottiin olevan tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Haastateltavat kokivat potilaiden olevan yleensä todella motivoituneita, koska kipukokemusten jälkeen ovat lopulta päässeet leikkaukseen. Molemmat hoitajat hyödynsivät kotiutumiskriteereihin kuuluvaa ”hakijapakkoa”, ja otti-

vat usein hakijan mukaan kotiutustilanteeseen. He kokivat, että saattajan ottaminen kotiutustilanteeseen lisäsi turvallisuuden tunnetta ja luottamusta siihen, että potilaat osaavat hoitaa itseään kotona.

Haastateltavat kertoivat käyttävänsä kertausta apuna, jotta kotiutusohjeet jäisivät potilaan mieleen. Haastateltavien mukaan Avohoitotalossa moniammatillinen tiimi ohjeistaa potilasta ja fysioterapeutti ja sairaanhoitajahoitaja saattoivat kerrata samoja asioita. Haastateltavat kertoivat, että kaikista läpikäytävistä asioista potilaat saavat kirjalliset ohjeet mukaansa. Toinen koki tärkeäksi, että ohjeiden ymmärtäminen varmistettiin potilaalta. Erityisesti hän muistutti potilaita kanta-kengän käytöstä ja päkiälle astumiskiellosta, jota on parempi kerrata liikaa kuin liian vähän. Hän mainitsee myös, ettei potilaan tarvitse muistaa kaikkia ohjeita ulkoa, mutta kehottaa heitä lukemaan niitä kotona. Haastateltavat kertoivat varmistavansa, jäikö potilaalle jotain kysyttävää.

Kivunhoitoon haastateltavat kehottivat potilaita jatkamaan kotona kohoasentoa sekä kylmähoitoa, joka auttaa myös, jos haavasta tihkuttaa verta. Kylmähoitoa suositeltiin tehtävän kahden tunnin välein 20 minuuttia kerrallaan. Paleltumavammoilta välttyäkseen iho kehoitettiin suojaamaan. Yleisimpiä kotona käytettävistä lääkkeistä olivat miedot opiaatit. Toisen haastateltavan kokemuksen mukaan Panacod ® oli yleisin kotona käytetty lääke, mutta myös Targinia ® voitiin käyttää kovimpaan kipuun. Haastateltavien mukaan lääkkeiden sopivuus testattiin valvotussa ympäristössä heräämössä, ennen kuin niitä annettiin kotiin. Näin lääkkeestä ei aiheutunut yllättäen huo-noa tai sekavaa oloa. Farmaseutti teki myös oman ohjeensa voimakkaista kipulääkkeistä potilaille kotiin. Toinen haastateltava koki, että näillä kivunhoidon menetelmillä potilaat pärjäsivät kotona kohtalaisesti kipujen kanssa. Haastateltavat kokivat lääkkeiden ja erityisesti pitkävaikutteisten oksikodonien kehittymisen myötä lääkehoidon ohjauksen aiempaa haasteellisemmäksi. Haastateltavat olivat kuitenkin sitä mieltä, että potilaat pärjäävät kipujen kanssa kotona, koska yhteydenot-toja tulee niin vähän.

*Potilaan kivunhoito on parempi, mutta ohjaamiseen on tuonut haastetta. Että varmasti potilas osaa ottaa oikeasta pussista ja mitä lääkettä seuraavaksi. Ja että tietää ottaa resepti lääkkeitä sitten kun näistä on mennyt vaikutusajat ohi.*

Yhtenä osa-alueena kotiutustilanteessa sairaanhoitaja kävi potilaan kanssa haavahoito-ohjeet läpi. Haastateltavat kertoivat, että leikkauksen jälkeen haavan on oltava 2 päivää kuivana. Tuon jälkeen haavaa saa suihkuttaa vedellä päivittäin niin kauan, kuin siinä on ompeleet. He lisäävät,

että yleensä ompeleet ovat 2 viikkoa, mutta kirurgi määrää ompeleiden poistoajankohdan. Haastateltavat kokivat haavahoidon kannalta tärkeäksi hyvän kuivauksen pyyhkeellä painelemalla suihkutuksen jälkeen, jottei kipsinen geishatossu kastu. Haavahoidosta haastateltavat pyrkivät tuomaan potilaille esille tulehduksen merkkejä, jolloin on hakeuduttava lääkäriin.

Haastateltavien mukaan leikkauksen lopputuloksen kannalta hoidon on jatkuttava myös kotona. Haastatteluissa ilmeni, että luutumisen optimoinnin vuoksi potilaalle laitetaan leikkauksessa isovarpaaseen piikki, jonka tarkoituksena on pitää isovarvas suorana. Päkiälle ei saa astua 6 viikkoon, jonka vuoksi potilas sai apuvälineiksi kyynärsauvat, kipsisen geishatossun ja kantavaimennuskengän. Sairasloma on myös kirurgin määrittelemä, jonka pituus oli haastateltavien mukaan yleensä 6 viikkoa. Haastateltavat toivat esille leikkaustekniikojen kehittymisen, jonka vuoksi nykyään toimenpiteiden tarkoituksena on hoitaa ongelmien syytä seurauksien sijaan. Ohjauksessa korostuikin, että ohjauksen onnistumisen kannalta hoitajan on ymmärrettävä, mitä potilaalle on toimenpiteessä tehty. Haastateltavat lisäsivät, ettei potilas saa käyttää luutumista estäviä ASA-lääkkeitä kotona luutumisen aikana. Toinen haastateltava kertoi myös muistuttavansa potilaita tupakoimattomuudesta, joka on luutumista häiritsevä tekijä.

## **5.5 Kokemukset potilaan jatkohoidon turvaamisesta**

Potilaan jatkohoito turvattiin lähettämällä hänelle kotiin kontrolliaika ja antamalla yhteystiedot, minne voi olla ennen kontrollia tarvittaessa yhteydessä. Potilastiedot kirjattiin huolellisesti.

Haastateltavien mukaan kirjallisissa kotiutusohjeissa on heräämön puhelinnumero, mihin potilaat voivat ottaa tarvittaessa yhteyttä. Haastateltavat kokivat, että soittoja tulee päivittäin. Kirjallisista ohjeista huolimatta jotkut potilaat soittivat ja kysyivät, milloin saa suihkuttaa haavaa tai mennä saunaan. Moniin kysymyksiin olisi löytynyt vastaus kotihoito-ohjeista, ja niistä oli ollut puhetta myös ennen potilaan kotiuttamista. Soittojen syyksi epäiltiin sitä, että joillain on vain tarve saada suullinen varmistus. Soitot koskevat yleensä pelkoja infektiosta tai kivunhoitoon liittyviä asioita. Kokemusten mukaan myös geishatossun kanssa ilmenevistä ongelmista soitettiin, jos tossu hiersi tai puristi tai pohkeessa epäiltiin trombia. Ohjeissa neuvottiin, että ensisijainen yhteydenotto paikka on oma terveysasema. Haastateltavat kertoivatkin ohjaavansa herkästi terveysasemalle, koska kokivat tilanteen arvioimisen hankalaksi puhelimitse. Haastateltavien mukaan heidän osaamisensa rajoittui välittömään kivun ja haavan hoitoon, jonka vuoksi mietittiin, oliko heräämö soittoille oikea paikka. Toinen haastateltavista kertoi kuitenkin vastaavansa

kysymyksiin, joihin osasi antaa ohjausta ja pyytävänsä joissain tapauksissa myös kirurgia vastaamaan. Joskus soittoja saattoi tulla kuukaudenkin päästä hoitojakson jälkeen, jolloin tilanteen arviointi oli mahdotonta. Potilaat saattoivat myös soittaa, etteivät kykyne vielä menemään töihin.

Haastateltavat kertoivat, että potilaille järjestettiin automaattisesti poliklinikalle jälkitarkastusaika, joka tuli potilaan kotiin postitse. Siellä vertailtiin keskenään röntgenkuvia, joista toinen oli otettu kotiutuksen yhteydessä ja toinen kun potilas tuli kontrollikäynnille. Potilaan kotiutuessa haastateltavat kertoivat kirjaavansa potilastiedot sähköiseen järjestelmään. Kirjattavia tietoja olivat kotiutuskriteerien täytyminen ja potilaan saamat sairaala- ja kotilääkkeet. Haastateltavat kertoivat, että potilaan kotiutuessa iltamyöhällä tai viikonloppua vasten he turvaavat potilaiden haavataitos- ja kipulääkkeensaannin antamalla heille kotiinvietäväksi heräämöstä muutaman haavataitoksen ja kipulääkettä, jotta he pärjäävät seuraavaan päivään. Näin potilas voi keskittyä toipumiseen, eikä hänen tarvitse lähteä apteekkiin samalle päivälle.

## 6 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkimuksen mukaan suullinen raportointi oli vähentynyt yksikössä, jossa oltiin hiljalleen siirtymässä hiljaiseen raporttiin. Vaikka hiljainen raportti koettiin toimivaksi ja joustavaksi, sen haasteeksi koettiin heräämön ruuhkautuminen päivän mittaan. Ension & Sarannon mukaan sähköinen hoitotietojen kirjaaminen parantaa potilaiden hoidon jatkuvuutta ja luo mahdollisuuksia moniammatilliselle yhteistyölle palvelemalla yhtä aikaa useita samaa potilasta hoitavia tahoja. Tietojärjestelmät palvelevat useaa eri ammattilaista eri työpisteissä, joten kaikkia palvelevan tietojärjestelmän kehittäminen on haastavaa. (2004, 13, 19.) Näiden perusteella on vaikea päätellä, miten hiljaista raporttia voisi parantaa toimivammaksi ruuhka-aikoina. Tässä tutkimuksessa suullinen raportointi koettiin tärkeäksi, jos potilaan esitiedoissa oli jotain erityistä mainittavaa. Kaikki hoitotyön toiminnot kirjattiin sähköiseen tietojärjestelmään systemaattisesti ja omin sanoin. Kirjaamisen tarvetta vähensi se, että peruselintoimintojen arvot kirjautuivat järjestelmään automaattisesti seurantalaitteiden kautta.

Ennen ylösnousemista tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat huolehtivat, ettei potilaalla ole kipua, pahoinvointia eikä väsymystä. Näitä pidettiin erityisen tärkeänä myös kotiutusvaiheessa ja silloin tällöin potilaita joutui yöpymään sairaalassa kivun tai pahoinvoinnin takia. Sara-Ahon (1998, 29) tutkimuksesta kuitenkin ilmeni, että vaikka potilaat kokivat pahoinvointia leikkauspäivänä, he eivät joutuneet sen vuoksi yöpymään sairaalassa.

Sara-Ahon (1998, 30) tutkimuksesta ilmeni myös, etteivät potilaat saaneet ohjausta liikkumiseen, vaan sitä täytyi yrittää opetella itse. Osa oli hankkinut itselleen kävelysauvat avukseen. Myös vuonna 2001 suoritetun tutkimuksen mukaan isovarpaan luudutusleikkauspotilaat kaipasivat lisää ohjausta apuvälineiden käyttöön (Hirvelä, Nupponen & Partanen, 2001, 56) Tähän tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat kokivat potilaiden kesken vaihtelua ohjeiden muistamisessa. Siksi korostettiin potilaan omaa tuntemusta, milloin tämä on valmis nousemaan ylös ja ottamaan ohjeita vastaan. Myös fysioterapeutin antamat ohjeet koettiin erittäin tärkeäksi, mikä kertoo viime vuosien panostuksesta parempaan asento-, liikunta- ja apuvälineohjaukseen.

Vakaiden elintoimintojen ja hyvän voinnin lisäksi kotiutuksen ehtoina oli, että hänellä on heräämöstä asti hakija ja aikuista seuraa seuraavan yön ajaksi kotona. Potilasta ei voitu kotiuttaa ennen tätä. Toisen ihmisen seura yöllä koettiin myös Sara-Ahon (1998, 32) mukaan tärkeäksi. Ikääntyneille lyhytkirurgisille potilaille suoritetun haastattelun mukaan potilaat olisivat tarvinneet saattajaa kotona pidempäänkin kuin yhden yön ajaksi. (Rauhasalo, 2003, 118) Voidaan olettaa, että ikääntyneen potilaan hoidossa hakijan merkitys korostuu.

Tässä tutkimuksessa nousi esille, että kivun arvioinnissa käytettiin VAS-asteikkoa, visuaalista arviointia tai pyydettiin potilasta kuvailemaan sanallisesti kivun laatua. Sairaanhoidajat luottivat myös omaan ammattitaitoonsa ja muihin kivun arviointimenetelmiin, jos VAS:n arvioiminen oli potilaalle hankalaa. Myös verenpaineen ja pulssin nouseminen oletettiin merkeiksi kivusta. Joidenkin potilaiden kohdalla VAS-asteikon käyttö koettiin hankalaksi, jos potilas ei ollut ymmärtänyt siihen liittyviä kotiin tulleita ohjeita. VAS-asteikon käyttö koettiin kuitenkin hyödylliseksi ja kokemusten mukaan suurin osa potilaista osasi sitä käyttää. Erityisesti pitkällä aikavälillä voitiin arvioida kivun hoidon vastetta VAS:n noustessa tai laskiessa. Lehtomäen (2008) tutkimuksessa sairaanhoitajaopiskelijoilla ei ollut selkeää ymmärrystä kipumittareista ja he toivoivat lisää koulutusta kivunhoitoon. Heistä noin puolet (42 %) ei ollut koskaan käyttänyt kipukiilaa, eikä noin kolmasosa koskaan VAS-asteikkoa. Kivun arvioinnin VAS-asteikon avulla voidaan olettaa parantuvan työkokemuksen myötä. VAS-asteikon käyttö voi olla myös yleistynyt viime vuosina.

Nilkkablokkipuudutus koettiin hyvänä kivun lievitysmenetelmänä ja sen onnistumisella oli suuri vaikutus potilaan kivuliaisuuteen. Haastattelusta selvisi, ettei sitä kaikille potilaille laitettu lainkaan. Kivunhoito koettiin tärkeäksi ja siihen pyrittiin vastaamaan nopeasti ja kattavasti. Kipua lievitettiin heti potilaan vastaanottotilanteessa jalan kohoasennolla ja lääkkeellisesti. Kohoasento koettiin hyvänä kivun lievittämismenetelmänä. Lääkehoidossa pyrittiin tehokkaaseen hoitoon sulkemalla eri kipureseptoreita monipuolisilla lääkeyhdistelmillä. Tulosten perusteella hoitajat kokivat potilaiden kipukokemukset vaihteleviksi sekä heräämössä että kotona. Tähän tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat korostivatkin yksilöllistä ja monipuolista kivunhoitoa, mitä voidaan pitää tärkeänä. Myös Sara-Ahon (1998, 28) tutkimuksen mukaan isovarpaan tyvinivelen luudutusleikkauspotilaiden kipukokemukset olivat hyvin vaihtelevia. Hänen tutkimuksessaan kipua kuvattiin sykyttäväksi, tykyttäväksi, araksi, jomottavaksi ja kirveleväksi. Näiden tutkimusten perusteella voidaan päätellä, että potilaiden kipukokemukset ovat yksilöllisiä ja riippuvaisia kivunlievityskeinoista.

Tässä tutkimuksessa potilaan ohjausta itsehoitoon pidettiin tärkeänä hoidon lopputuloksen onnistuneisuuden kannalta. Sara-Ahonkin (1998, 38) mukaan isovarpaan tyvinivelen luudutusleikkauspotilaan toipumisen kannalta on tärkeää oppia ja hallita jälkihoito. Tutkimukseen osallistuneet kertoivat myös, että suullisten ohjeiden lisäksi potilaille annettiin kaikista läpikäydyistä asioista kirjalliset ohjeet. Ohjeita myös kerrattiin, jotta nämä jäisivät mahdollisimman hyvin potilaan mieleen. Lisäksi sairaanhoitajat kysyivät lopuksi, jäikö potilaalle jotain kysyttävää. Mikkelin ammattikorkeakoulussa tehdyn tutkimuksen mukaan vain hieman yli puolet vastanneista (59 %) oli saanut suullista postoperatiivista kotihoito-ohjausta sairaanhoitajalta. (Hirvelä, Nupponen & Partanen, 2001, 51) Kotona olivat pärjänneet kaikki suullista ohjausta saaneet. Vain kirjalliset ohjeet saaneista potilaista osa ei kokenut pärjänneensä kotona ja kokivat kirjalliset ohjeet vaikeasti ymmärrettävinä. (Hirvelä ym. 2001, 52, 55). Myös Rauhasalon (2003) tutkimuksessa ilmeni, että iäkkäät potilaat kokivat kotihoito-ohjeet vaikeina, ellei kukaan varmistanut tämän ymmärtävän niitä. Ohjeita oli hankala tulkita jopa omaisten avulla. Erään tutkimuksen mukaan potilaat toivoivat hoitohenkilöstöltä enemmän aikaa yksilölliseen kotiutukseen ja halusivat helpotusta avun pyytämiseen. (Rauhasalo, 2003, 117, 128, 101) Tämän tutkimuksen mukaan jälkihoidon oppiminen ja hallitseminen olivat tärkeitä asioita toipumisessa. Sairaanhoitajat eivät kuitenkaan kertoneet, miten potilaat toivat esille kotihoito-ohjeiden osaamisen. Sairaanhoitaja kertoi kertaavansa ohjeita potilaalle, mutta itse potilasta ei kerrottu pyydettävän kertaamaan oppimaansa. Tuloksista voidaan päätellä, että potilaille on tärkeää saada hyvää ohjausta niin suullisesti kuin kirjallisesti.

Sairaanhoitajat kokivat, että kiireellä oli vaikutusta onnistuneeseen potilasohjaukseen. Heräämön ruuhkautuessa monen potilaan kotiutuksen koettiin olevan haasteellista. Kiireettömät potilaat koettiin helpottavaksi tekijäksi. Jos potilaalla oli kiire päästä kotiin, voitiin odottaa hänen kysyvän uudestaan annettuja ohjeita puhelimitse. Usein potilaat olivat väsyneitä ja silti täytyi omaksua paljon uutta tietoa lyhyessä ajassa. Tarkkaavaisuuden alenemisella uskottiin olevan vaikutusta kotihoito-ohjeiden muistamiseen. Tutkimuksessa ilmeni, että potilaspaperit annettiin mukaan kotiutuksen yhteydessä. Tutkimustulokset antavat ymmärtää, että potilaan omalla kiireellä ja väsymyksellä on heikentävä vaikutus kotihoito-ohjeiden muistamiseen.

Hakija koettiin kotiutustilanteessa hyödylliseksi, koska tämä otettiin usein ohjaustilanteeseen mukaan kuuntelemaan ohjeita. Sairaanhoitajat kokivat hakijan lisäävän potilaan turvallisuuden tunnetta. Hakija lisäsi myös sairaanhoitajan luottamusta siihen, että potilas pärjää kotona. Jyväskylän yliopiston tutkimuksesta kuitenkin ilmenee, että saattaja vähensi iäkkään potilaan itsehoitoa, koska auttoi potilasta hoidon toteutuksessa ja ohjeiden muistamisessa. (Rauhasalo, 2003, 132)

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella potilaat ottivat kuitenkin vastuuta hoidostaan. Sairaanhoidtajien mukaan potilaat olivat hyvin motivoituneita hoitoonsa, koska vaiva oli aiheuttanut heille paljon kärsimystä. Mikkelin AMK:ssa tehdyn tutkimuksen mukaan vaivasta aiheutuneita haittoja olivat kengänpitovaikeus, kipu ja esteettiset haitat. (Hirvelä ym. 2001, 45).

Tässä tutkimuksessa sairaanhoitajat uskoivat potilaiden pärjäävän kipujen kanssa kohtalaisesti tehokkaiden lääkkeiden ansiosta, joiden soveltuvuus testattiin jo heräämössä. He pitivät lähi vuosien kipulääkkeiden kehittymistä hyvänä asiana, joka kuitenkin vaati lisää panostamista koti lääkehoidon ohjaukseen. Huupposen, Suomisen & Leino-Kilven (2003) tutkimus osoittikin, että urologisten päiväkirurgisten potilaiden mielestä itsenäinen postoperatiivisen kivun hoito oli haastavaa. Vaikka tähän tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat kokivatkin kivunhoidon ohjauksen haastavaksi, he olivat sitä mieltä, että potilaat hyötyivät hyvästä kipulääkityksestä. Lääkehoidon voidaan olettaa olevan potilaille haastavaa, joten sen ohjaaminen vaatii sairaanhoitajalta panostamista. Sairaanhoidtajien kokemuksen perusteella potilaat pärjäsivät kotona kipujen kanssa hyvin, joten voidaan olettaa, että Avohoitotalon sairaanhoitajien kivun hoidon osaaminen on hyvää ja siihen panostetaan.

Lääkkeettömässä kivunhoidossa suositeltiin kylmä- ja asentohoitoa. Kivunhoitoa pidettiin erityisen tärkeänä siksi, että se edisti turvotuksen laskemisen kautta haavan paranemista ja kokonaisvaltaista paranemista. Sara-Ahon (1998, 28) mukaan isovarpaan tyvinivelen luudutusleikkauspotilaat ymmärsivät kivun lievittämisen merkityksen ja olivat osanneet varautua postoperatiiviseen kipuun. Kuitenkin Hirvelän ym. (2001, 53) opinnäytetyön tulosten mukaan vain 72 %:lle oli painotettu ko hoasennon tärkeyttä. Salanperän (2003) kirjallisuuskatsauksessa nousi esille, ettei vuosina 1999-2003 ollut paljon tutkittu päiväkirurgisten kotona selviytymistä leikkauksen jälkeen. Kivun kerrottiin tuolloin olevan kotona jopa sietämätöntä, mutta tutkimustulokset eivät kerro, johtuivatko kovat kipukokemukset siitä, etteivät potilaat ole ymmärtäneet kotihoito-ohjeita, kivunhoidon laiminlyömisestä, vai itse toimenpiteestä.

Haavanhoito-ohjeissa korostettiin hyvää kuivaamista suihkuttelun jälkeen, jottei kipsinen geishatossu kastu. Sairaanhoitajat kertoivat ohjaavansa potilaille tulehduksen merkkejä, jolloin on syytä ottaa yhteyttä oman terveyskeskuksen lääkäriin. Tulosten perusteella soittoja tuli heräämööön paljon kattavasta ohjauksesta huolimatta. Sara-Ahon (1998, 31) mukaan potilaille oli epäselvää haavan normaaliin paranemiseen liittyvät merkit. Tästäkin tutkimuksesta ilmeni, että potilaat soittivat usein epäillessään haavan infektoituneen. Aiemmassa tutkimuksessa (Hirvelä ym. 2001, 56) il-

meni, etteivät potilaat olleet saaneet riittävästi ohjausta asentohoidossa ja kävelytekniikan oppimisessa. Tässä tutkimuksessa sairaanhoitajat korostivatkin fysioterapiaohjausta erittäin tärkeänä ja jopa kertasivat varalta fysioterapeutin antamia ohjeita. Kantakengän käyttöä ja kohoasentoa kivun hoitomenetelmänä korostettiin potilaille, koska niillä koettiin olevan suuri merkitys haavan paranemiseen ja jalan luutumiseen. Postoperatiiviseen ohjaukseen kuului myös kertoa potilaalle, ettei luutumista estäviä ASA-lääkkeitä saa käyttää kotona, ja että myös tupakointi estää luutumista. Koska tupakointi on vaikea lopettaa toipumisen ajaksi, voisi olla hyödyllistä keskustella asiasta jo prepoliklinikkakäynnillä.

Tutkimustulosten perusteella potilaat hyötyvät sekä sairaanhoitajan, että fysioterapeutin antamasta ohjauksesta. Sairaanhoitajien mukaan viime vuosina olivat parantuneet myös leikkaustekniikat. Kuitenkin leikkauksia jouduttiin silloin tällöin uusimaan luutumattoman jalan vuoksi. Luutumattomuuden suurimpana osatekijänä voidaan pitää heikkoa itsenäisen kotihoidon osaamista. Hyvään potilasohjaukseen kannattaakin panostaa, jotta potilas tuntisi pystyvänsä itsenäiseen hoitoon ja kotona pärjäämiseen. Tutkimustiedon (Sara-Aho, 1998, 30; Hirvelä ym. 2001, 56) mukaan erityisesti iäkkäät ihmiset kaipasivat lisää panostamista saamaansa ohjaukseen. Iäkkäät saattavatkin tutkimusten perusteella unohtaa helpommin ohjeet, joita tulee saman hoitojakson aikana paljon, joten heidän kohdallaan ohjaaminen vaatii sairaanhoitajalta entistä enemmän panostamista. Tämän tutkimuksen tuloksien mukaan potilailta varmistettiin ohjeiden ymmärtäminen kertaamalla ja kysymällä oliko tämä ymmärtänyt annetut ohjeet.

Haastateltavien mukaan heräämään tulee päivittäin soittoja potilailta. Yleensä kysytään asioita, joihin kirjallisista kotihoito-ohjeistakin löytyy vastaus. Kysymykset koskevat usein kipua, infektion merkkejä tai geishatossuun liittyviä ongelmia, joihin liittyen potilaita on ohjattu ottamaan yhteyttä omaan terveysasemaan tai päivystykseen. Sairaanhoitajat kokevat hankalaksi arvioida infektion merkkejä näkemättä haavaa puhelimitse ja ohjaavatkin yleensä potilaat ottamaan yhteyttä ohjeissa mainituille tahoille. Toinen sairaanhoitajista uskoi, että kirjallisista ohjeista huolimatta potilas voi haluta suullisen varmistuksen. Sara-Ahon (1998, 32) mukaan potilaat kokivat tärkeäksi, että heillä oli mahdollisuus soittaa tarvittaessa sairaalaan.

## 7 POHDINTA

### 7.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimussuunnitelman yhteydessä tehtiin yhteistyösopimus, jonka allekirjoittivat opinnäytetyöntekijät, sisällönohjaaja Pirkko Sandelin, metodiohjaaja Tuula Nissinen, sekä Avohoitotalon osastonhoitajat Ritva Siuruainen ja Anitta Tanhua. Yhteistyösopimuksessa sovittiin opinnäytetyön toteutuksesta, ohjauksesta ja arvioidusta valmistumisajasta. Yhteistyösopimuksen allekirjoittamisen jälkeen opinnäytetyölle haettiin tutkimuslupaa PPSHP:n käytössä olevalla Diaar-lomakkeella. Diaar-lomakkeella myönnettiin lupa tutkimuksen suorittamiselle, lupa saatiin kesäkuussa 2013.

Tutkimukseen haluttiin neljä haastateltavaa. Pitkän kyselemisen jälkeen haastateltavia saatiin kuitenkin vain kaksi, mikä on melko pieni määrä. Haastateltavaehdokkaille ilmoitettiin saatekirjeessä, että haastatteluun oli varattu kaksi tuntia aikaa haastateltavaa kohden, mikä saattoi tuntua heistä pitkältä ajalta. Haastattelut suoritettiin kesäloma-aikoina, jolloin henkilöstöä voi olla vähemmän, mikä voi tuoda työyksikköön lisää kiirettä kun yksi hoitaja on haastateltavana. Haastateltaville asetetut kriteerit työkokemuksesta turvasivat kuitenkin aineiston laadun, eikä niistä haluttu tinkiä useamman haastateltavan toivossa. Kahteen haastateltavaan ollaan tyytyväisiä, koska aineisto riitti hyvin tutkimuksen suorittamiseen.

Tutkimuksessa on kunnioitettu vastaajien itsemääräämisoikeutta. Saatekirjeessä (Liite 3) kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja tietojen käytöstä. (Kuula, 2011, 102) Näin tutkittavat olivat tietoisia siitä, mihin ovat ryhtymässä. (Kuula, 2011, 61–62). Saatekirjeessä kerrottiin myös, että mikäli osallistuu tutkimukseen, sen voi halutessaan keskeyttää. Lupa tutkimukseen osallistumisesta allekirjoitettiin vasta haastattelutilanteessa suostumuslupalomakkeelle (Liite 4), jotka tuhoaan opinnäytetyön valmistuttua. Näin estetään suostumuslupien joutuminen väärin käsiin, eikä haastateltavia voida niiden perusteella jäljittää. Tuloksista on jätetty pois paljon hyviä kokemuksia kuvaavia sitaatteja ja suoria lainauksia, ettei haastateltavia tunnistettaisi. Haastateltavien nimiä ei julkaistu missään. Haastattelunauhoja purettaessa nimet jätettiin aukikirjoituksista pois.

Haastatteluun osallistuminen voi olla vastaajille arka aihe, sillä he voivat kertoivat myös työnsä haastavista osa-alueista. Tutkimuksen tekijät ottivat vastuun, ettei haastateltavista julkaista sellaista tietoa, josta heidät voidaan tunnistaa. Haastattelut suoritettiin lähellä haastateltavien työpis-

teitä, mikä voi vähentää tutkimuksen eettisyyttä. On mahdollista, että joku on voinut arvata heidän osallistumisensa tutkimukseen. Tutkimusta tehdessä on pyritty siihen, ettei haastateltaville koituisi henkistä haittaa tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimuksen valmistumisen jälkeen tutkijat eivät puhu tunnistettavasti tutkimukseen osallistujista, ja tuhoavat tutkimukseen liittyvät materiaalit, jotka voivat loukata haastateltavien yksityisyyttä. Tutkimustulokset on esitetty ikään kuin molempien kertomana, mikä vähentää luotettavuutta osaltaan. Kahden haastateltavan vastaukset voi kuitenkin olla helppo erottaa toisistaan, joten tähän ratkaisuun on päädytty haastateltavien yksityisyyden suojaksi. Tuloksien esittämisessä on pyritty siihen, ettei tutkimustuloksien asiasisältö kuitenkaan muuttuisi.

Luotettavuuden kannalta haastattelu on turvallisin vaihtoehto oikeanlaisen tiedon saamiseksi. (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 74–76). Haastateltavat saivat tutustua haastattelua koskeviin teemoihin etukäteen, mikä lisäsi varmuutta, että aineistoa saataisiin riittävästi juuri tutkittavista teemoista. Tuoreiden lähteiden löytäminen kotimaisella kielellä koettiin haastavaksi, mutta se onkin ollut yksi syy juuri tämän aiheen valintaan. Päiväkirurgian kehittymisen vuoksi uutta tutkimustietoa voi olla vielä varsin vähän esimerkiksi siitä, miten potilaat kotonaan pärjäävät. Käytetyt tutkimukset ovat reilun kymmenen vuoden takaa, joten päiväkirurgisen hoitotyön kehittyminen ilmenee opinnäytetyön tutkimustuloksista hyvin selvästi. Ulkomaisten lähteiden käyttö koettiin vaikeaksi, jonka vuoksi niiden käyttö on jäänyt niukaksi.

## **7.2 Jatkotutkimusaiheita ja omat oppimiskokemukset**

Opinnäytetyön tekeminen sai alkunsa ideaseminaarissa 2011 ja työstäminen on jatkunut opintojen sivussa aina kevääseen 2014 asti. Tutkimuksen aihetta on käsitelty koko opintojen ajan ja koulu on järjestänyt opinnäytetyön tekemiseen valmentavia kursseja. Opinnäytetyö projektina on ollut aiheen valinnasta lähtien haastavaa ja jokainen vaihe aikaa vievä. Alusta asti oli selvää, että opinnäytetyö suoritettaisiin sairaanhoitajan näkökulmasta. Tutkimusmetodin päättäminen oli kuitenkin haastavaa, ja niin määrälliseen kuin laadulliseenkin tutkimusmetodologiaan on ehditty tutustua. Viitekehysten rajaaminen toi alussa omat ongelmansa, mutta myös myöhemmin täytyi palata miettimään uudestaan päiväkirurgista postoperatiivista tutkimusaihetta, joka oli aiheena laaja. Opponoiija ja opinnäytetyön ohjaajat ovat antaneet palautetta ja ohjausta, josta on hyödytty ja päästy työskentelyssä eteenpäin. Tutkimuksen toteutumisen onnistumisen kannalta oli tärkeää valita tutkittavaksi vain jokin tietty toimenpide, johon valittiin isovarpaan tyvinivelen luudutusleikkaus. Tutkimuksessa haluttiin nostaa esille asioita, joista Avohoitotalon henkilökunta hyötyisi juuri

tämän potilasryhmän postoperatiivisessa hoidossa. Pääasiassa halutaan kuitenkin painottaa sairaanhoitajan roolin tärkeyttä postoperatiivisessa hoidossa, joka on hyödyllistä myös Avohoitotalon ulkopuolella. Tuloksissa on tullut esille erityispiirteitä isovarpaan tyvinivelen luudutusleikkauspotilaan hoidosta, mistä Avohoitotalon henkilöstö hyötyy muiden postoperatiivista vaihetta koskevien tuloksien lisäksi.

Motivoituneisuus on ollut vaihtelevaa, koska työn tekemiselle on tuonut haasteita yhteisen ajan löytäminen tutkijoiden erilaisissa elämän tilanteissa. Opinnäytetyötä on työstetty sekä työn ja koulun ohessa, että lomilla. Yhteisen ajan löytämisen eteen on tehty luovia ratkaisuja ja työhön liittyvää keskustelua ja työstämistä on tehty internetin ja videopuheluiden välityksellä. Lisää motivaatiota antoi kuitenkin tutkimusluvan saaminen ja haastattelujen suorittaminen. Haastateltavien ammattitaito ja perehtyneisyys aiheeseen pitivät tutkimuksen tekemisen mielekkyyttä yllä, mutta se asetti myös haasteita haastattelutilanteessa ja tulosten analysointivaiheessa. Haastateltavat osallistuivat haastatteluun mielellään ja teemoissa olikin välillä vaikea pitäytyä, kun kokemustietoa olisi halunnut kysyä ja kuunnella niin paljon. Jos haastattelun rungot eivät olisi olleet niin väljät, olisi ollut helpompi pysyä valituissa teemoissa. Toisaalta liian tarkkaan laaditut kysymykset olisivat varmasti jättäneet paljon arvokasta kokemustietoa tutkimuksen ulkopuolelle. Haastateltavien kokemattomuus haastattelijoina näkyi myös nauhojen purkamisessa ja aineiston jäsentelyssä. Tämä on kuitenkin antanut opetuksia haastattelun suorittamisesta, ja laadullisen tutkimusmetodin valinta koettiin oikeaksi vaihtoehdoksi. Koko aineiston analysointi ei ole välttämätöntä, jos sitä ei voida hyödyntää (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2013, 225). Analysointivaiheessa olisi halunnut tuoda kaiken kuulemansa tiedon esille, mutta esimerkiksi pre- ja intraoperatiivista hoitoa koskevat asiat täytyi jättää tulosten ulkopuolelle. Omille perusteettomille tulkinnoille ei ole voitu antaa sijaa ja tieteellistä tekstiä tuottaessa onkin korostunut huolellisuus ja vastuullisuus, joita sairaanhoitaja työssään tarvitsee.

Opinnäytetyön tekeminen on opettanut ammatillista suhtautumista omaan alaan ja antanut näkökulmaa sekä väestö- että yksilötasolla. Tutkimustietoon ja kirjallisuuteen perehtyminen on antanut paljon uutta yleistietoa päiväkirurgiasta ja päiväkirurgisen potilaan postoperatiivisesta hoidosta, josta on saatu haastattelujen myötä myös hiljaista kokemustietoa. Saatu tieto muuttuu myös arvokkaammaksi päiväkirurgian koko ajan yleistyessä ja opittua tietoa voidaan hyödyntää myös muiden potilasryhmien kohdalla, sillä väestö ikääntyy ja potilaan itsehoito korostuu lähivuosina. Potilaat hyötyvät tiedosta sairaanhoitajien toiminnan kautta. Laadullisen tutkimuksen antamat haastattelutaidot ovat hyödyksi tulevassa potilastyössä oikeiden kysymysten ja sanavalintojen

kautta esimerkiksi potilaan tulohaastatteluissa. Eri tutkimusmetodeihin tutustuminen ja niiden parissa työskentely on parantanut tutkijoiden tekstinkäsittelytaitoja, josta on myös tulevassa työssä varmasti hyötyä erilaisten sähköisten potilasraporttien laatimisessa.

Teoriatietoon tutustuessa nousi esille, että sairaanhoitaja soittaa potilaalle kotiutusta seuraavana turvatakseen ja kartoittaakseen tämän itsenäistä selviytymistä. Tämän tutkimuksen perusteella soitto on kuitenkin tarpeeton, sillä potilaat soittavat yksikköön tarvittaessa itse. Potilaan hoidon jatkuvuus myös varmistetaan kontrollikäynnillä ja tarvittavilla yhteystiedoilla. Opinnäytetyö on kuitenkin tuotettu sairaanhoitajien näkökulmasta, eikä voida olla varmoja, kuinka paljon päiväkirurgisten oma näkemys kotona pärjäämisestään eroaa. Heräämään tulee silti päivittäin soittoja ja niiden syitä voisi kartoittaa, koska Avohoitotalon henkilökunta on käynyt keskustelua siitä, onko heräämö soittoille oikea paikka. Haastattelusta selvisi, että kotihoito-ohjeissa oli yhteystiedot heräämään ja yhteispäivystykseen, sekä ohjattiin ottamaan tarvittaessa yhteys omaan terveyskeskukseen tai työterveyshuoltoon. Epäselväksi jäi, mistä asiasta potilaan tuli soittaa mihinkin numeroon. Soittojen ja aiempien tutkimusten perusteella potilaat olivat epävarmoja, milloin infektoituneen jalan kanssa tulisi hakeutua lääkäriin ja kirjalliset ohjeet olivat epäselvät. Potilaille voisi laatia uuden kotihoito-oppaan johon olisi päivitetty kuvia erilaisista terveistä ja infektoituneista haavoista sekä ohjeet syynmukaisista yhteydenottoaikoista. Kirjalliset ohjeet voisi myös antaa potilaille jo 1-vaiheen heräämössä, jossa niihin olisi aikaa tutustua ja miettiä valmiiksi kysymyksiä sairaanhoitajalle, jos ohjeet jäävät epäselväksi. Tämä voisi myös vähentää sairaanhoitajan kiirettä ja helpottaa kotiuttamisen porrastamista.

Teoriaosuudessa on käsitelty kotiutuskriteerien täytyminen kotiutuksen yhteydessä, mutta tuloksissa kotiutuskriteerit esitettiin elintoimintojen vakauttamisen yhteydessä, koska Avohoitotalossa kotiutuskriteerien täytyminen on osa heräämöhöitoa. Mäkelän (1990) mukaan luotettavuutta laskee se, että jokin asia voi liittyä useampaan luokkaan (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen, 2006, 219). Tutkimustuloksissa ilmeni myös, etteivät kaikki päiväkirurgiset potilaat kotiutuneet kivun, pahoinvoinnin tai muiden syiden vuoksi, vaan joutuivatkin yöpymään sairaalassa. Tutkimus aiheesta voisi kehittää päiväkirurgisen hoitotyön tehokkuutta.

## LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V., Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Alanko, Korttila, Kotilainen, Laatikainen, Lahtinen, Nenonen, Permi, Punnonen, Rihkanen, Tenhunen & Toivonen. 1998. Päiväkirurgia. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Aldrete, J. A & Kroulik, D. 1970. Anesthesia recovery score. Denver Colorado. Hakupäivä: 18.03.2013 <http://www.anesthesia-analgesia.org/content/49/6/924.full.pdf>.

Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Sipoo. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Hakala, N. 2012 Päiväkirurgisen postoperatiivisen hoitotyön käsikirja *Spirium* 47(3) 20–21

Hautakangas, A. Horn T. Pyhälä-Liljeström P. Raappana M. 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. Helsinki: WSOY.

Hautamäki, R. & Ylikauma, M. 2005. *Finnanest* 38 (4). [http://www.finnanest.fi/files/1a\\_hautamaki.pdf](http://www.finnanest.fi/files/1a_hautamaki.pdf) Hakupäivä: 15.4.2014)

Hirsjärvi, S & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino Helsinki

Hirsjärvi, S. Remes P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja Kirjoita*. Tammi.

Hirvelä, V., Nupponen, M. & Partanen, M. 2001. Vaivaisenluuleikkauspotilaan pre- ja postoperatiivinen ohjaus päiväkirurgiassa. Mikkelin ammattikorkeakoulu; artikkeliteitä, opinnäytetöitä, tiedotteita.

Huupponen, A., Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. 2003. Päiväkirurgisen urologisen miespotilaan kokemuksiin ja tietoon liittyvät odotukset, niiden toteutuminen ja merkitys. Teoksessa Klemetti, S., Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. (toim.) Päiväkirurginen hoitotyö hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Turku. Turun yliopisto. 59-78. Tutkimuksia ja raportteja A:43/2003.

Jalonen, J., Hynynen, M., Valanne, J. & Erkola, O. 1999. Suomen Anestesiologiyhdistyksen anestesiatoimintaa koskevat suositukset vuodelta 1999. Hakupäivä 15.3.2013 [http://www.say.fi/files/suomen\\_anestesiologiyhdistyksen\\_suosituksukset\\_vuodelta\\_1999.pdf](http://www.say.fi/files/suomen_anestesiologiyhdistyksen_suosituksukset_vuodelta_1999.pdf).

Janhonen S & Nikkonen M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Klemola. T 2011 Vaivaisenluu -Monta tapaa hoitaa Duodecim 127:1709–18 <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo99725.pdf>. Hakupäivä: 18.3.2014

Korkala O. & Torkki. M. 2013 lääkärin käsikirja [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00489&p\\_haku=vaivaisenluu](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00489&p_haku=vaivaisenluu). Hakupäivä: 14.3.2014)

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere. Vastapaino.

Lehtomäki P 2008 Sairaanhoidajaopiskelijoiden leikkauksen jälkeisen kivunhoidon osaaminen Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta Kuopion yliopisto

Kuula, A. 2011. Jyväskylä: Bookwell Oy. Vastapaino.

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. Oppimateriaalit Helsinki: WSOY.

Manley, K. & Bellman, L. 2000. Surgical nursing advancing practice. Harcourt Publisher Limited.

Ministeri Paula Ristikön avajaispuhe: Avohoitotalo voi toimia mallina koko maalle 2011 Pohjanpiiri 2011 (2),6-7. Hakupäivä 1.4.2011 [http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/23551\\_Pohjanpiiri\\_2.2011\\_nettiin.pdf](http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/23551_Pohjanpiiri_2.2011_nettiin.pdf)

Mäenpää Heikki 2009 MTP 1 artrodeesi kenelle ja miten Suomen ortopedia ja traumatologia vol 32 hakupäivä 20.12.2013 <http://www.soy.fi/sot-lehti/1-2009/2.pdf>

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikkaa. Sanoma Pro oy.

Purhonen S. 2006. Leikkauksen jälkeisen pahoinvoinnin ja oksentelun ehkäisy. Finnanest 39 (2) [http://www.finnanest.fi/files/v\\_purhonen.pdf](http://www.finnanest.fi/files/v_purhonen.pdf). Hakupäivä 1.12.2014.

Raappana M. 2001. Kipu ja kivunhoidon ohjaus päiväkirurgisen potilaan arvioimana. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Rauhasalo A. 2003. Hoitoaika lyhenee- koti kutsuu, Lyhythoitoinen kirurginen toiminta vanhusten itsensä kokemana. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Rosenberg P. Alahuhta S. Hendolin H. Jalonen J. Ylihankala A. 2002. Anestesiaopas. Helsinki: Duodecim.

Salanperä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M., & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Oulun seudun ammattikorkeakoulu. 2013. valmistuminen tutkinnonhakeminen. Sisäinen lähde. Hakupäivä 13.5.2013 [https://oiva.oamk.fi/tietoa\\_opiskelusta/valmistuminen/tutkinnon\\_hakeminen/](https://oiva.oamk.fi/tietoa_opiskelusta/valmistuminen/tutkinnon_hakeminen/)

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 § 52.

Arja Sara-Aho, terveydenhuollon opettajan koulutusohjelma, tutkielma, hoitotieteen laitos, 1998, Kuopion yliopisto. Toipuminen päiväkirurgisesta vaivaisenluuleikkauksesta potilaiden kokemana.

## LIITTEET

Liite 1 Saatekirje

Liite 2 Haastattelun teemat ja apukysymykset

Liite 3 Suostumuslomake

Liite 4 Heräämöhoito

Liite 5 Kotiutus

Päiväkirurgisen potilaan postoperatiivinen vaihe isovarpaan tyvinivelen luudutusleikkauksen jälkeen sairaanhoitajien kuvailemana

#### Tutkimuksen tarkoitus

Teitä pyydetään osallistumaan tutkimukseen, jonka tarkoituksena on saada kokemustietoa kokeneilta sairaanhoitajilta siitä, millainen on isovarpaan tyvinivelen luudutuksen postoperatiivinen vaihe. Tarkoituksena on, että opinnäytetyötä voidaan hyödyntää uusien sairaanhoitajien perehdytyksessä ja sairaanhoitajaopiskelijoiden ohjauksessa. Opinnäytetyötä tekevät Oulun seudun ammattikorkeakoulussa opiskelevat sairaanhoitajaopiskelijat.

#### Tutkimuksen kulku

Pyydämme teitä tutustumaan lähettämiimme teemoihin etukäteen. Olemme varanneet 2 tuntia haastattelulle. Haastattelut nauhoitetaan. Halutessasi henkilöllisyyttäsi ei tuoda tutkimuksen misään vaiheessa esille.

#### Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen

Kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Tutkimuksessa tarvittavia tietoja säilytetään siten, että tutkittavia ei voida niistä tunnistaa. Tarvittaessa tiedot ja näytteet voidaan anonymisoida siten, että tutkittavia ei voida jäljittää. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Jos teillä herää jotain kysyttävää, voitte ottaa meihin yhteyttä.

Kati Rautio

xxxxxx@students.oamk.fi

xxxxxxxxxx

Satu Roinesalo

xxxxxx@students.oamk.fi

xxxxxxxxxx

- 1) Tiedottaminen
- 2) Elintoimintojen tarkkailu ja hoito
  - a. Kivun arviointi ja hoito
    - i. miten sairaanhoitajat arvioivat potilaan nonverbaalista kipua
    - ii. miten arvioivat verbaalista
  - b. Pahoinvoinnin arviointi ja hoito
- 3) Millaiseksi sairaanhoitaja kokee päiväkirurgisen potilaan kotiuttamisen
  - a. kotihoito-ohjeiden antaminen
  - b. hoidon jatkuvuuden turvaaminen

Suostun vapaaehtoisesti osallistumaan Kati Raution ja Satu Roinesalon tekemään tutkimukseen aiheesta Päiväkirurgisen potilaan postoperatiivinen vaihe isovarpaan tyvinivelen luudutusleikkauksen jälkeen sairaanhoitajien kuvailemana. Voin keskeyttää osallistumiseni tutkimukseen sen aikana niin halutessani.

Annan suostumukseni tutkimuksen tekemiseen ja haastattelun nauhoittamiseen.

---

Aika ja paikka

---

Nimikirjoitus ja nimenselvennys

Pelkistykset

Vaihtelevat ASA-luokat, Yleensä yleisanestesia, Potilaat pääasiassa yli 40-v naisia, Nuoret reumaatikot

Sähköinen tietojärjestelmä, Hiljainen raportti hyvä, Kiireessä haastava, Eri-tyismaininnat suullisesti

Sähköistä, Kokonaisvaltaista, Elintoinnot kirjautuvat automaattisesti, Osa käsin kirjattava

Hengityksen turvaaminen, Seurantalaitteiden asennus, Nesteytys, Kohoasento

Potilaan vointi hyvä, Toiminnan seuraaminen, Asentohoito, Haavahoito, Kivuttomuus, Hereilläolo, Syöminen, Nouseminen, Pukeminen, Fysioterapiaohjaus, Sidoksien vaihto

Vaihe-2 sujuva, Virtsaus onnistunut, Hakija periltä saakka

VAS-asteikko, Sanallinen arviointi, Potilaan elekieli, Verenpaine, Pulssi, Vaihtelevat kipukokemukset

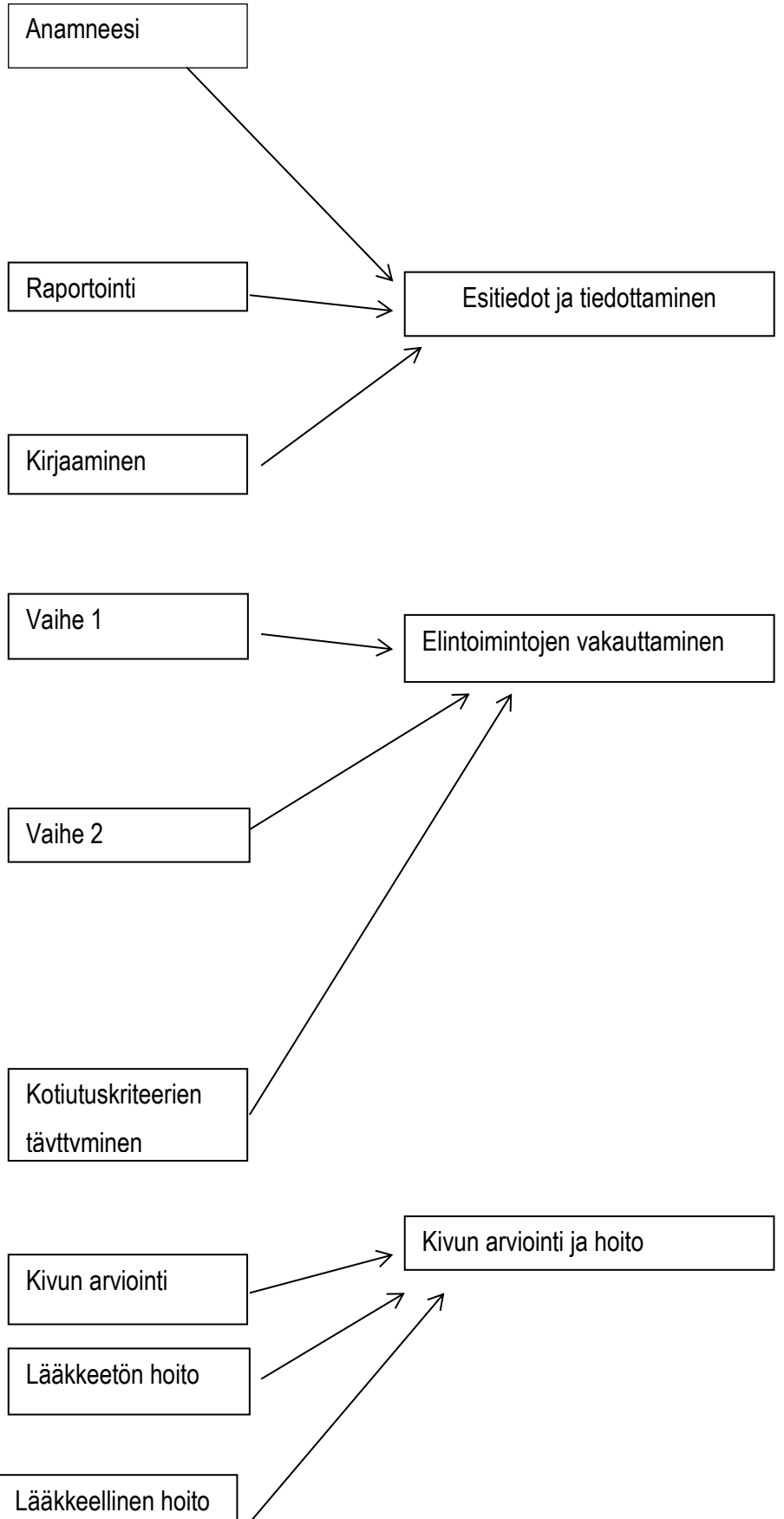
Kohoasento

Aloitus iv-lääkkeillä, Po-lääkkeet voinnin salliessa, Nilkkablokki, Yksilöllinen annostelu, Tavoite kivuttomuus

Alakategoria

Yläkategoria

Liite 4



H  
e  
r  
ä  
ä  
m  
ä  
h  
o  
i  
t  
o

