



Laastariako mahaan?

**Mahahaavapotilaan hoitopolku Keski- Suomen
keskussairaalassa**

**Johanna Huhtanen
Kirsi Rutanen**

Opinnäytetyö

Lokakuu 2007



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**
Sosiaali- ja terveysala

Tekijä(t) HUHTANEN Johanna RUTANEN Kirsi	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 39	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/> Salainen _____ saakka	
Työn nimi Laastariako mahaan? Mahahaavapotilaan hoitopolku Keski- Suomen keskussairaalassa		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) PERTTUNEN Jaana, SUONPÄÄ- LEHTONEN Leena		
Toimeksiantaja(t) Keski- Suomen keskussairaala, ruoansulatuslinkirurginen osasto		
Tiivistelmä <p>Vuosittain Suomessa kirurgisille osastoille sisäänkirjatuista potilaista noin neljällä prosentilla on ylemmän ruoansulatuskanavan verenvuoto. Kuolleisuus ruoansulatuskanavan verenvuotoihin on korkea, vaikka hoitomahdollisuudet ovat parantuneet. Noin kymmenen prosenttia suomalaisista sairastaa mahahaavataudin jossain elämänsä vaiheessa.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Keski- Suomen keskussairaalan ruoansulatuslinkirurgisen osaston kanssa. Tavoitteena oli selvittää mahahaavapotilaan hoitopolku Keski- Suomen keskussairaalassa ja tehdä hoitopolusta posteriksi ruoansulatuslinkirurgiselle osastolle. Tarkoituksena oli auttaa potilaita ja hoitohenkilökuntaa hahmottamaan hoitopolku ja hoidon eteneminen kokonaisuudessaan ja edistää hoidon jatkuvuutta.</p> <p>Kirjallisuuden lisäksi tietoa hankittiin myös haastattelemalla eri yksiköiden sairaanhoitajia. Mahahaavapotilaan hoitopolku Keski- Suomen keskussairaalassa muodostui näiden haastatteluiden pohjalta.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Hoitopolku, mahahaava, gastroskopia		
Muut tiedot Opinnäytetyö sisältää posterin		

Author (s) HUHTANEN Johanna RUTANEN Kirsi	Type of Publication Bachelor`s Thesis	
	Pages 39	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until	
Title Bandage to stomach? The treatment pant of a gastric ulcer patient Keski-Suomi general hospital		
Degree Programme Nursing		
Tutor (s) PERTTUNEN Jaana, SUONPÄÄ- LEHTONEN Leena		
Assigned by Keski-Suomi general hospital, the ward of the gastro surgery department		
Abstract <p>Every year in Finland approximately four percent of every patient that is taking into a surgical department in a hospital has upper digestion channel hemorrhage. The death rate of digestion channel hemorrhage is higt, even if the treatment opportunities have improved. Approximately ten percent of everybody finish people has gastric ulcer in some point of their life.</p> <p>The thesis was realized in cooperation with the ward of the gastro surgery department of Keski-Suomi general hospital. The goal was to resolve the treatment path of a gastric ulcer patient nd then make a scientific poster of it to the department. The purpose is to help the patients and the staff to perceive the whole treatment path and therefore protect continuance of the treatment.</p> <p>The information was gathered from literature and by interviewing nurses from different departments. The treatment pant of a gastric ulcer patient at Keski-Suomi general hospital is formed from these interviews.</p>		
Keywords Treament pant, gastric ulcer patient, gastroscopy		
Miscellaneous Bahelor`s Thesis include a poster		

SISÄLTÖ

1 MAHAHAAVATAUTI	3
2 YLEMMÄN RUOANSULATUSKANAVAN VERENVUODOT	4
2.1 Mahalaukun anatomia ja fysiologia	4
2.2 Mahahaavan syntyminen	5
2.3 Mahahaavavuodot ja niiden hoito	6
2.4 Kivunhoito	7
3 MAHAHAAVAPOTILAAN HOITOPOLKU	7
3.1 Hoito päivystyspoliklinikalla	8
3.2 Hoito vuodeosastolla	10
3.3 Hoito leikkausosastolla	13
3.4 Hoito teho-osastolla	14
3.5 Mahahaavataudin mahdolliset jälkioireet ja niiden hoito	14
3.6 Potilaan ohjaus ja tiedottaminen	15
4 POTILAAN HOIDON KUVAAMINEN HOITOPOLUN AVULLA	16
4.1 Vuokaavio hoitopolun kuvaamisessa	17
4.2 Posterin tekemisessä huomioon otettavia asioita	18
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	20
6 TYÖN KUVAAMINEN JA ETENEMINEN	21
7 MAHAHAAVA POTILAAN HOITOPOLKU KESKI-SUOMEN KESKUSSAIRAALASSA	22
7.1 Hoito päivystys- ja infektio-osastolla	22
7.2. Hoito ruoansulatuselinkirurgisella osastolla 22	23
7.3 Hoito kirurgianpoliklinikalla	24
7.4 Hoito leikkausosastolla	25
7.5 Hoito teho-osastolla	26
8 YHTEENVETO	26

9 POHDINTA.....	27
LÄHTEET	30
LIITTEET.....	33
Liite 1. Taulukko työn etenemisestä	33
Liite 2. Yhteistyösopimus Keski-Suomen keskussairaalan ruoansulatuselinkirurgisen osaston kanssa	35
Liite 3. Kirje osastoille	38
Liite 4. Haastattelu kysymykset.....	39
Liite 5. Mahahaavapotilaan hoitopolku Keski-Suomen keskussairaalassa	33

1 MAHAHAAVATAUTI

Mahahaava eli latinaksi *ulcus ventriculi* kehittyy, kun mahan limakalvon suo-
jamekanismit pettävät ja mahan erittämät suolahappo ja pepsiini pääsevät
kosketuksiin mahan limakalvon kanssa. Tällöin limakalvon pintakerrokseen
tulee haavauma. (Puhakka 2005, 233). Mahahaavatauti eli ulkustauti syntyy,
kun mahalaukkuun muodostuu yksi tai useampi haavauma. Haavaumat voivat
sijaita joko mahalaukussa tai pohjukaisuolessa. (Virkkunen 2007).

Noin 10 % ihmisistä sairastaa mahahaavataudin. Joillakin tauti paranee muu-
tamassa viikossa, eikä uusiudu koskaan, toisilla tauti uusiutuu ja on jopa
krooninen vaiva. Mahakatarri eli gastriitti ja pohjukkaissuolikatarri eli duodee-
niitti ovat mahahaavataudin lievempiä muotoja, joissa ei ole avoinna olevaa
haavaa vaan ruoansulatuskanavan limakalvo on tulehtunut. (Gatsrolab maha-
haava 2007). Vuosittain Suomessa kirurgisille osastoille otettavista potilaista
noin 4 %:lla on ylemmän ruoansulatuskanavan verenvuoto. Kuolleisuus ruo-
ansulatuskanavan verenvuotoihin on edelleen korkea, vaikka hoitomahdollii-
suudet ovat lisääntyneet. (Alaspää 2004, 373).

Hoitoketjuilla on tämän päivän yhteiskunnassa suuri tarve, kun halutaan tar-
kentaa ja parantaa tietoa siitä, kuka vastaa hoidosta hoidon eri vaiheissa. Hoi-
topolkujen avulla voidaan tarkastella hoidon laatua ja tehokkuutta, mikä omal-
ta osaltaan edistää hoidon kustannustehokkuutta. (Wanne 1997). Vuokaavio
on väline, jonka avulla voidaan selkeästi esittää hoitopolku. Vuokaaviossa
nähdään kuvallisessa muodossa tapahtuman kaikki eri vaiheet ja niiden kyt-
keytyminen toisiinsa. (Kiira 2007). Posterit ovat visuaalinen väline, jonka avulla
saadaan välitettyä katsojalle lyhyessä ajassa yksiselitteinen tieto esitettävästä
asiasta. Posterit mahdollistaa vuorovaikutuksen esittäjän ja yleisön välillä, sekä
tuo tulokset julki nopeasti. (Pietilä, Laakso & Paavilainen 2003, 145–146; Tepponen, Välimäki & Suominen 1998, 312)

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää mahahaavapotilaan hoitopolku Kes-
ki-Suomen keskussairaalassa ja tehdä hoitopolusta posterit ruoansulatuselinki-
rurgiselle osastolle. Opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä Keski-Suomen

keskussairaalan kanssa. Jyväskylän ammattikorkeakoulussa tehtyjä opinnäytetöitä, jotka kertovat Keski-Suomen keskussairaalassa kuvattuja hoitopolkuja löytyy muutamia, esimerkiksi kyynärvarren murtuman saaneen 3-6-vuotiaan lapsipotilaan hoitopolku ja lonkkamurtuma potilaan hoitopolku. Valtakunnallisesti katsottuna erityyppisiä hoitopolkuja on kuvattu runsaasti eri aiheista sosiaali- ja terveydenhuollossa.

2 YLEMMÄN RUOANSULATUSKANAVAN VERENVUODOT

Maha- ja pohjukaissuolihaava alkoi yleistyä teollisuuden myötä 1800-luvun Euroopassa. Tällöin tuli ensimmäisen kerran ilmi nuorten naisten kuolemia, jotka olivat johtuneet haavan puhkeamisesta. (Varis & Väänänen 1996, 82). Verenvuodot ylemmässä ruoansulatuskanavassa ilmenevät runsaana kirkkaanpunaisena tai tummana verioksennuksena. Myöhemmässä vaiheessa veriripuli on merkki vuodosta. Ylemmän ruoansulatuskanavan vuodot ovat iso osa gastroenterologisista sairaalahoitotapauksista ja niihin liittyy edelleen suuri kuolleisuus. Miehillä ruoansulatuskanavan vuodot ovat noin kaksi kertaa yleisempiä kuin naisilla. (Pääkkönen 1993, 591).

2.1 Mahalaukun anatomia ja fysiologia

Maha-suolikanava on osa ruoansulatuselimistöä, johon kuuluvat suunontelo, nielu, ruokatorvi, mahalaukku, ohutsuoli, paksusuoli, peräsuoli ja peräaukkanava. Ruoansulatuselimistöön kuuluvat myös sisäelimet, jotka ovat sylkirauhaset, haima, maksa ja sappirakko. Ruoansulatus on tapahtumaketju joka koostuu mekaanisista toiminnoista kuten ruoan pureskelusta, ruoansulatusnesteiden erityksestä, ravintoaineiden pilkkoutumisesta ja imeytymisestä ruoansulatuskanavassa. Ruoansulatuskanavaa ympäröivät ruoansulatuskanavan seinämät, joiden yleisrakenne on suurimmassa osassa ruoansulatuskanavaa lähes sama. Seinämien rakenne koostuu neljästä osasta, jotka ovat herakalvo, lihaskerros, limakalvonalauskudos ja limakalvo. Herakalvo on uloin kerros ja limakalvo sisimmäinen kerros. (Bjälje, Haug, Sjaastad & Toverud, 2002, 322–325).

Mahalaukku sijaitsee heti pallean vasemman puolen alla. Mahalaukun tärkein tehtävä on toimia ruokavarastona. Mahalaukusta voidaan erottaa neljä osaa, jotka ovat mahansuu (cardia), mahanpohjukka (fundus), runko-osa (corpus) ja mahanportin soppi (antrum). Mahalaukku tuottaa mahanestettä noin kaksi litraa vuorokaudessa. Mahalaukun solukko eli epiteeli tuottaa limaa mahalaukun kaikissa osissa. Mahanpohjukassa ja runko-osassa on putkimaisen muotoisia rauhasia, jotka tuottavat suolahappoa ja pepsinogeenia. Suolahapon tehtävänä on eliminoida ruoan mukana tulleita bakteereita. Pepsinogeeni on entsyymi, joka hajottaa valkuaisainetta. Mahanesteen tehtävänä on aktivoida pepsinogeenia, happamoittaa mahan sisältöä, pilkkoa sidekudosta ja tappaa bakteereja. (Bjälle ym. 2002, 335–337).

2.2 Mahahaavan syntyminen

Mahahaavassa mahalaukun limakalvon suojaimekanismit pettävät ja näin ollen syntyy limakalvovaurio (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen, 2004, 473). Suolahappo on se aine, joka syövyttää mahalaukun tai pohjukkaissuolen limakalvon ja aiheuttaa haavan. Kyseessä voi olla limakalvon alentunut vastustuskyky suolahappoa kohtaan tai suolahapon liiallinen erittyminen. Suolahapon eritystä lisäävät tupakointi, kahvin juonti ja stressi. Tupakointi on yleisin mahahaavan aiheuttaja, jo neljä kuppia kahvia päivässä lisää suolahapon eritystä 70 %:lla. Perinnöllisillä tekijöillä on myös osuutensa taudin synnyssä ja mahahaavatauti kulkeekin jossakin määrin suvussa. Limakalvon vastustuskykyä heikentäviä tekijöitä ovat ikä ja särkylääkkeet. Iän myötä mahalaukun ja pohjukkaissuolen limakalvo vähitellen haurastuu. Särkylääkkeet liottavat limakalvoa suojaavaa limakerrosta ja saattavat näin syövyttää limakalvoon haavan. Asetyyylisalisyylihappo, jota on muun muassa Disperinissä® liuottaa pitkään käytettynä mahalaukun limakerrosta. (Gatsrolab mahahaava 2007)

Helikobakteeri on yksi tärkeimmistä mahahaavataudin aiheuttajista ja hoitamattomana se lisää jonkin verran mahasyövän riskiä. Bakteeri kasvaa mahalaukun limakalvon pinnalla, limakerroksen sisällä ja myös sen alla. Ihminen on ainoa luonnollinen bakteerin kantaja. Helikobakteereja on useita erityyppisiä ja

nämä kulkevat suvuittain. Ihminen saa kyseisen bakteerin yleensä jo lapsena infektoitumisen myötä. Helikobakteeri-infektio on siis krooninen koko elämän kestävä sairaus, joka voi olla täysin oireeton. Herkkyys infektoitumiseen vaihtelee henkilöstä toiseen, mutta jopa 70 %:lla mahahaavapotilaista todetaan helikobakteeri-infektio. (Varis & Väänänen 1996, 84).

2.3 Mahahaavavuodot ja niiden hoito

Akuutti verenvuoto ruoansulatuskanavassa voi ilmetä verioksenteluna tai meleenana eli mustina ja pahanhajuisina ulosteina. Noin puolella ihmisistä vuodon syy on mahahaava eli ulkus vuoto. (Pikkarainen 2003). Verenvuoto ulkuksesta käyttäytyy pääsääntöisesti sen mukaan missä haava sijaitsee. Jos vuoto kohta sijaitsee korkealla mahalaukussa, on vuoto yleensä runsasta ja valtimoperäistä, kun taas kauempana mahalaukun keskiosaa sijaitseva vuoto on hiussuoniperäistä ja katkova. (Pääkkönen 1993, 592). Toiseksi yleisin syy on vuoto ruokatorven laskimolaajentumista. Harvinaisempia syitä vuodon aiheuttajiksi ovat Mallory-Weiss-repeämä, esofagiitti ja Dielafoyn ulkus. (Pikkarainen 2003).

Mallory-Weiss-tyyppinen repeämä syntyy voimakkaan oksentamisen seurauksena. Repeämä sijaitsee ylempään mahalaukun kohdalla. Verenvuoto voi olla erittäin runsasta. Potilas oksentaa aluksi normaalia oksennusta, joka muuttuu vähitellen veriseksi. Hoitona on konservatiivinen hoito eli säästävillä ja rajoitetuilla menetelmillä annettu hoito, joka on muuta kuin leikkaushoitoa. (Gastrolab mahahaava 2007). Esofagiitti vuoto eli vuoto ruokatorvesta on yleensä tihkumaista ja henkilö anemisoituu vähitellen. Runsa esofagiitti vuoto on harvinaista. Hoitolinja on myös konservatiivinen. Haavauma Dielafoyn ulkuksessa vuotaa runsaasti. Vuodon kohta on yleensä lähellä valtimonpäättä. Dielafoyn ulkusvuoto on hankala diagnosoida ja kuolleisuus tähän vuototyyppiin on suurta. (Pääkkönen 1993, 593). Runsa, hengenvaarallinen verenvuoto syntyy silloin, kun suuri verisuoni syöpyy puhki. Tästä oireena henkilö tulee nopeasti pahoinvoivaksi, oksentaa verta suurina määriä kerrallaan ja menee lopulta sokkiin. (Holmia ym. 2004, 473).

2.4 Kivunhoito

Mahahaavakipu on tyypillisesti polttelevaa, särkevää tai kalvavaa kipua, joka tuntuu rintalastan alapuolella. Poltteleva kipu syntyy, kun voimakas mahaneste ja suolahappo, ärsyttää haavaumaa. (Bricklin 2003, 194). Mahahaava kipu alkaa yleensä pian aterian jälkeen. Kipu helpottaa tai häviää, jos henkilö ottaa happoa neutraloivaa ainetta tai henkilö oksentaa. Ylävatsa on monesti paino-arka ja vaivojensa vuoksi mahahaavasta kärsivä henkilö rajoittaa syömistään ja muuttaa ruokavalionsa usein hyvin yksipuoleiseksi. (Holmia ym. 2004, 473).

Kipua havainnoitaessa tulisi henkilöltä selvittää kivun luonne, sijainti, alkamisnopeus ja mahdolliset säteilyalueet. Salamannopeasti alkanut vatsakipu tarkoittaa vatsaontelonsisäisen elimen repeämää, kuten esimerkiksi mahahaavan puhkeamista tai vatsa-aortan valtimolaajentuman repeämää. Hiljalleen alkanut kipu viittaa tulehdukseen. Tyypillinen vatsakipu voi olla aaltomaista tai jatkuvaa, tylppää eli vaikeasti paikannettavaa tai terävää eli helposti osoitettavassa paikassa tuntuva. (Kössi 2007).

Sisäelinkipuun voi liittyä heijasteita, kuten esimerkiksi verenpaineen vaihtelua, pulssin heilahtelua ja hikoilua (Nienstedt, Hänninen, Arstila & Björkqvist 2000, 485). Vatsakipupotilaan kivun hoidossa lääkitystä ei suositella ensisijaisesti, etteivät tutkimukset ja diagnoosin teko vaikeutuisi. Jos henkilö oksentaa tai ilmenee vuotoa annetaan hänelle nesteitä infuusion avulla suoneen paikallisten ohjeiden mukaan. Tärkeintä henkilön hoidossa on tunnistaa mahdollinen vuodon uhka. Myös vatsakipupotilaan asennolla on merkitystä kivun hoidossa. Kylkiasento helpottaa usein vatsakipupotilaan vointia rentouttamalla vatsalihaksia. Potilas voidaan tukea kylkiasentoon tyynyjen avulla. (Järvinen & Ras-ku 2000, 113–116).

3 MAHAHAAVAPOTILAAN HOITOPOLKU

Vuotavan mahahaavapotilaan hoidon keskeisenä tavoitteena on hemodynaamiikan eli kudosten verensaannin turvaaminen. Hoitohenkilökunnan tulee tie-

tää miten runsaasti potilas on vuotanut ja missä ajassa hän on vuotanut. Vuonna 1996 Kuopion yliopistollisessa sairaalassa siirtyi päivystyspoliklinikalta jatkohoitoon verioksentelijan ja veriripuloijan diagnooseilla 189 potilasta, joista 36 potilasta hoidettiin tarkkailuosastolla seuraavaan päivään ja loput siirtyivät toisille osastoille. (Hämäläinen 1997). Vatsakivun syy jää sairaalassakin löytymättä 40 %:lla potilaista. Äkillisistä vatsakipupotilaista leikataan 40 %, 15 % pääsee samana päivänä kotiin ja 2 % kuolee. (Castren, Kinnunen, Paakkonen, Pousi, Seppälä & Väisänen 2005, 487)

3.1 Hoito päivystyspoliklinikalla

Potilas tulee päivystyspoliklinikalle yleensä lääkärin läheteellä, joko terveyskeskuksesta tai ambulanssin tuomana esimerkiksi työpaikalta. Mikäli potilas on huonokuntoinen, täytyy lähettävän yksikön tehdä ennakoilmoitus potilaasta, jotta sairaalassa osataan varautua hänen vastaanottamiseen. Potilaan saavuttua poliklinikalle tehdään hänestä triange eli kiireellisyysarvio, joka perustuu potilaan peruselintoimintojen nopeaan arvioon. Huonokuntoiset vatsakipupotilaat viedään välittömästi valvontahuoneeseen. Potilasta haastatellaan ja häntä pyydetään kertomaan itse omin sanoin ongelmastaan. (Holopainen. 2005, 334–335).

Potilasta haastateltaessa huomioidaan hänen yleiskuntonsa ja arvioidaan potilaan oikea hoitopaikka. Yleiskuntoa seurataan seuraavasti, jaksako potilas istua, tarvitseeko hän vuodepaikan vai pitääkö potilasta seurata valvontahuoneessa. Haastattelussa pyritään selvittämään potilaalta vatsakivun luonne ja alkamisajankohta, vatsantoiminta ja ulosteen väri, sekä yleinen vointi esimerkiksi kyselemällä kuumeiluista ja pahoinvoinnin tunteesta. Potilaan allergiat ja perussairaudet, sekä kotilääkitys ja aiemmat vatsanalueen leikkaukset tulee myös selvittää. (Holopainen 2005, 335).

Päivystyspoliklinikalla potilaalta seurataan säännöllisesti peruselintoimintoja kuten verenpainetta, pulssia, happisaturaatiota, hengitysfrekvenssiä ja tarvittaessa potilas kytketään monitoriseurantaan. Sisäisen verenvuodon ja kipuso-

kin merkkejä ovat matala verenpaine, systolinenpaine alle 100 mmHg ja nopea pulssi yli 100 lyöntiä minuutissa, sekä tihentynyt hengitystaajuus. Potilaan ihonväriä tulee seurata. Iho voi olla väriltään kalpea, punertava, sinertävä, kellertävä tai harmaa. Esimerkiksi kalpea ihonväri viittaa anemisoitumiseen ja kellertävä sappiteiden tukokseen. Ihonvärin- ja lämpötilan muutokset voivat kertoa mahdollisesta sokin oireista. Mikäli, potilaalla on korkea kuume se saattaa viitata infektion aiheuttamaan tulehdukseen. Potilaan vatsanseutu tulee tutkia tarkasti ja käydään läpi palpoiden. Onko vatsa turvoksissa, ovatko vatsanpeitteet kovat vai pehmeät. Kovat vatsapeitteet ovat oire vakavasta vatsavaivasta. Mikäli potilas kertoo, vatsakivun olevan ylävatsalla, tulee häneltä ottaa sydänfilmi, koska useasti sydänperäinen kipu tuntuu ylävatsalla. (Holopainen 2005, 335–336). Suoliäänet tulee kuunnella. Normaalisti suoliäänet ovat pehmeitä, tasaisia ja kurahtelevia, jos suoli on lamautunut, ääniä ei kuulu laisinkaan. Suolen tukoksesta kertovat metalliset kilahtelevat ja kireät äänet. (Tiusanen 2005, 140).

Potilaalle aloitetaan tarvittaessa suonensisäinen nestehoito ja hänelle laiteetaan virtsakatetri, jonka avulla pystytään seuraamaan virtsan eritystä ja munuaisten toimintaa. Mikäli potilas on kovin pahoinvoiva, hänelle tulee laittaa nenä-mahaletku. Nenä-mahaletkusta tuleva erite mitataan, sen väri ja koostumus huomioidaan ja kirjataan ylös. Potilaan kovat kivut tulee hoitaa kipulääkkeen avulla. Suun kautta vatsakipuiselle potilaalle annetaan harvoin kipulääkettä, koska potilaan on hyvä olla ravinnotta tutkimuksia varten. Kipulääkkeen vaikutusta tulee huomioida ja kirjata ylös. (Holopainen 2005, 336–338).

Vatsakipupotilaalta tulee ottaa seuraavat laboratorionkokeet päivystyspoliklinikalla. B-PVK eli täydellinen verenkuvaa, P-Gluk, eli veren glukoosi, P-CRP eli C-reaktiivinen proteiini, jonka avulla voidaan erottaa bakteeritulehdus virustulehduksesta. P-K, kertoo kaliumin muutoksista esimerkiksi happomyrkytyksissä ja pitkäaikaisessa ripulissa, P-Na eli muutokset natriumissa kertovat esimerkiksi kuivumistilasta ja mahdollisesta munuaistaudista. P-Krea eli kreatiniinia voi erittyä muun muassa raskauden aikana ja munuaisten vajaatoiminnassa. P-Alat eli alaniiniaminotransferaasi erittyy muun muassa maksasairauksissa ja sydänveritulpassa. P-Afos on alkaalinen fosfataasi, jota voi erittyä muun muassa luuydinsyövissä, sappiteiden tulehduksessa, maksa ja munuaissaira-

uksissa. P-Amyl on amylaasi, jota erittyy monissa äkillisissä sisäelintapahtumissa, kuten haimatulehduksessa. U-Amyl on taas virtsan amylaasi, jossa voi olla poikkeavuuksia äkillisessä haimatulehduksessa tai virtsamyrkytyksessä. Raskautta epäillessä otetaan myös S-hCG eli koriongonadotropiini hormooni, mitä erittyy raskauden aikana heti hedelmöittyneen munasolun kiinnittymisestä lähtien. (Tiusanen 2005, 140).

Laboratoriotutkimuksissa ei ole varsinaisia mahahaavataudin paljastavia tutkimuksia. Kuitenkin usein näiden tutkimusten avulla löytyy taustalta mahasuolikanava verenvuoto. (Puhakka 2005, 209). Veriryhmä ja sopivuuskoe tutkitaan leikkausta suunniteltaessa. Potilaasta otetaan vatsan röntgenkuva ilman varjoainetta jossa nähdään esimerkiksi suolitukos ja mahalaukun puhkeaminen, ultraäänikuva maksasta ja munuaisista, sekä röntgenkuva rintakehästä jonka avulla voidaan tarkastella muun muassa sydäntä, rintarankaa ja keuhkoja. Tarvittaessa potilaalle tehdään gastroskopia eli ruokatorven, mahalaukun ja pohjukaissuolen tähystystutkimus. Yli 50-vuotiailta henkilöiltä otetaan EKG eli sydänfilmi, jossa nähdään sydämen sähköinen toiminta. (Tiusanen 2005, 140).

3.2 Hoito vuodeosastolla

Mahahaavauman hoito perustuu helikobakteerin häätöön ja hapon erityksen estoon (Puhakka 2005, 209). Mahahaava, joka on todettu helikobakteeriposiitiviseksi, uusiutuu herkästi. Vuoden kuluessa uuden mahahaavan saa noin 60 % potilaista, mikäli todettu helikobakteeri jää hoitamatta. Bakteerin häätö potilaan elimistöstä parantaa mahahaavataudin ja estää sen uusiutumisen. Helikobakteeri-infektion häätöhoidossa potilaalle annetaan antimikrobi- ja haponestolääkehoitoa. Antibioottina käytetään useimmiten amoksisilliiniä ja metronidatsoliiniä tai klaritromysiiniä. Antibioottihoito kestää viikon. Haponestolääkehoidon kesto voi olla 1-3-viikkoa. Lääkkeenä haponestoon käytetään protonipumpun salpaajaa kuten lansopraatsolia. Lääkehoidon päätyttyä potilaalle tehdään ureahengitystesti tai gastroskopia eli mahalaukun tähystys, koska

mahahaava voi olla syöpäperäinen ja tämän vuoksi paranemista on seurattava. (Holmia ym. 2004, 473–474.; lääkelaitos 2007).

Helikobakteerinegatiivisista mahahaavavuodoista suurin osa on tulehduskipulääkkeiden aiheuttamia. Mahahaavatauti hoidetaan tässäkin tapauksessa valtaosalla lääkehoidon avulla. Lääkehoidon tarkoituksena on ehkäistä hapon eritystä muun muassa protonipumpun salpaajien avulla. Neutraloida happoa antasidien avulla ja poistaa mahankouristuksia spasmolyyteillä. Tavoitteena on vähentää mahanesteiden eritystä antikolinergien avulla, sekä suojata vatsan limakalvoa sukralfaatin avulla. (Holmia ym. 2004, 474.; lääkelaitos 2007).

Mahahaavataudin lääkehoito on parantunut merkittävästi viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana. Vuosien 1987–1997 välisenä aikana suunniteltujen mahahaavaleikkausten ilmaantuvuus laski yli 90 %:lla, mutta päivystysleikkausten määrä lisääntyi 27 %:lla. Nykyään leikkaushoitoa käytetään lähinnä suurten haavaumien hoidossa, kun verenvuoto riski on suuri. Sairaalahoitokasojen määrä on lisääntynyt iäkkäillä henkilöillä vuosien 1972–1992 välisenä aikana yli 160 %. Mahahaavatautiin liittyvä kuolleisuuden kasvu viimeisten vuosikymmenten aikana selittyy iäkkäiden potilaiden määrän lisääntymisellä ja sekä moninaisista liitännäsaairauksista. (Oksala, Paimela, Paimela, Luosujärvi & Kivilaakso 2003, 265–269).

Lääkehoidon aikana potilaan on hyvä rauhoittaa elämänsä ja levätä itse myös niin fyysisesti kuin psyykkisesti. Henkilön tulee välttää mahalaukkua ja pohjukaissuolta ärsyttäviä aineita kuten kahvia, tupakkaa ja alkoholia. Hänen on hyvä syödä useasti päivässä pieniä aterioita, jolloin maha on tyhjillään vain vähän aikaa kerrallaan eikä liikahappoisuuden aiheuttamia limakalvovaurioita synny. Suositeltavaa on syödä kuusikertaa vuorokaudessa. Mahahaava paranee normaalisti 4-6 viikossa. (Holmia ym. 2004, 474.; Puhakka 2005, 210).

Antikoagulanttiahoidossa eli verenohennushoidossa veren hyytymisaktiiviteettia hoidetaan varfariinilla. Hyytymisaktiiviteettia seurataan kontrolloimalla INR-arvoa eli hyytymisnopeutta. Varfariini on verenhiyytymistä estävä lääkeaine. Hoidon tavoitteena on estää paikallisten verihyytymien kehittyminen tai jo syntyneen hyytymän kasvu ja liikkeelle lähtö. Verenohennushoitoa käytetään ta-

vallisimmin eteisvärinä potilailla, sekä laskimoveritulpan ja keinoläppäleikkauksen jälkihoitona. Antikoagulanttihoito tulee huomioida mahahaavapotilailla, koska mahahaavataudin lääkkeet voivat voimistaa tai heikentää varfariinin tehoa usealla tavalla. (Holmia ym.2004, 251).

Mahalaukkuleikkaus muuttaa ihmisen ruoansulatuskanavan toimintaa. Kun ruokailussa ja ruokavaliossa huomioidaan ruoansulatuskanavan toiminnan muutokset leikkauksen jälkeen, sopeutuu ruoansulatuskanava tilanteeseen hyvin. Mahalaukkuleikkauksen läpikäynyt henkilö saattaa kokea vatsan täyttymisen tunteen voimakkaana. Potilas voi kokea pahoinvointia, ripulia, hikoilua ja heikotusta. Oireet johtuvat siitä, että mahansisältö tyhjenee liian nopeasti ohutsuoleen. Leikkauksen jälkeistä ravitsemustilaa tulee seurata säännöllisesti esimerkiksi tarkkailemalla painoa. Tavoitteena on ruokavalion avulla turvata suojaravintoaineiden ja energiansaanti, sekä lievittää mahdollisia oireita. (Haglund, Hakala-Lahtinen, Huupponen & Ventola 2001, 205).

Leikkauksen jälkeen potilas saa ravintonsa aluksi nenä-mahaletkun kautta. Nenä-mahaletku voidaan poistaa heti kun suolikaasut poistuvat luonnollista tietä ulos ja vatsasta kuuluu suoliääniä merkinä siitä, että suoli toimii. (Holmia ym. 2004, 475). Nesteen nauttiminen suun kautta tulee aloittaa varovasti. Nestettä nautitaan ensiksi pieniä annoksia ja vähitellen määrää lisätään. Aluksi potilas syö neste- ja sosemaisia ruokia ½ - 1 desilitra kerrallaan, kun vointi sallii, voidaan siirtyä kiinteään ruokaan ja isompiin annoksiin. Ruoka tulee pureskella huolellisesti, jotta suoli ei tukkeudu. Samoin tulee välttää muun muassa sitrushedelmiä ja sitkeää lihaa, suolentukkeutumisen takia ja yleensä kaikkea sellaista ruokaa tulee karttaa, joka aiheuttaa vaivoja. Suositeltavia ruoka-aineita, ovat kala, kana, vähärasvainen liha, kasvikset, peruna ja puuro. Nesteen nauttimista aterioilla tulee välttää, koska se huuhtoo ruoan liian nopeasti suoleen. Ruokajuoma tulee nauttia joko ennen ateriala tai vasta aterian jälkeen. (Haglund ym. 2001, 205–206).

3.3 Hoito leikkausosastolla

Pahanlaatuinen mahahaava leikataan aina. Niin sanottujen hyvälaatuisten mahahaavojen leikkaus on käynyt harvinaiseksi tehokkaiden lääkkeiden ansiosta. Mikäli mahahaava puhkeaa, vuotaa runsaasti tai muodostaa ahtaumia arpeutuessaan voidaan potilas leikata myös päivystyksellisesti. Ennen leikkaukseen ryhtymistä runsaasti vuotavaa mahahaavaa voidaan pyrkiä hoitamaan äkillisessä tilanteessa jäävesihuuhtelulla. (Ukkola, Ahonen, Alanko, Lehtonen & Suominen 2001, 138–139).

Erilaisia leikkausmenetelmiä on useita käytössä. Mahalaukunleikkauksessa poistetaan mahalaukusta gastriinia tuottava alue eli antrum, sekä osapoisto-leikkauksen laajuuden mukaan myös osa suolahappoa tuottavasta alueesta. (Haglund ym. 2001, 204). Leikkaukseen voidaan liittää mahan hermotuksen vagushermon katkaisu. Tällöin mahan haponeritys vähenee. (Puhakka 2005, 210). Leikkauksessa mahalaukku voidaan poistaa osittain tai kokonaan. Mahalaukun jäljellejäävä osa tai ruokatorvi yhdistetään ohutsuoleen. Vagushermon katkaisussa katkaistaan mahalaukun yläosaan johtavat haarat, jotka hermottavat suolahappoa erittäviä parietaalisoluja. Näin ollen mahahapon eritys vähenee. (Höckerstedt, Färkkilä, Kivilaakso & Pikkarainen 1998, 182). Joskus voidaan joutua poistamaan koko mahalaukku, tällöin ruokatorvi yhdistetään suoraan ohutsuoleen (Haglund ym. 2001, 204).

Potilaan tiedottaminen tulevasta leikkauksesta on ensiarvoisen tärkeää. Leikkaus on toimenpide, joka puuttuu potilaan fyysiseen koskemattomuuteen. Leikkattava voi tuntea, että hän menettää itsemääräämisoikeuden ja turvallisuuden tunteen ja näin ollen hän voi kokea toimenpiteen uhkaksi itselleen. Potilaalle tulee selvittää tarkasti eri hoitovaihtoehdot ja mitä tapahtuu, jos häntä ei leikata. Samoin tulee antaa tietoa itse leikkauksesta ja sen vaikutuksesta hänen elämäänsä. Anestesiaan liittyy suurella osalla potilaista pelkoja, kuten kuoleman ja halvaantumisen pelko. Mahdollisista komplikaatioista on kerrottava rehellisesti. (Ukkola ym. 61–63).

Potilas nukutetaan leikkausta varten. Yleisanestesiassa potilaalle laitetaan intubaatioputki, jonka kautta hengityskone huolehtii potilaan hengityskaasujen

vaihdosta. Elimistön toimintoja tarkkaillaan ja ylläpidetään koneellisesti. Potilaalle asetetaan valtimo- ja laskimokatetri, joiden kautta voidaan mitata lueteltavasti verenpainetta ja hengityskaasuja, sekä antaa nesteitä ja anestesia-aineita. Lihasjännitystä poistetaan lihasrelaksanteilla. (Ukkola ym. 62).

3.4 Hoito teho-osastolla

Mahahaavapotilaan hoitotyö teho-osastolla ei poikkea juurikaan muiden potilasryhmien hoitomuodoista. Potilas kokee tehohoitojaksonsa hyvin yksilöllisesti ja ainutkertaisesti. Heidän kokemukset hoidosta riippuvat siitä, missä tilassa potilaat ovat hoidon aikana ja mitä potilaat muistavat tehohoitojaksosta. Potilaan hoidon kokemukseen vaikuttaa se, onko hoito etukäteensuunniteltua vai suunnittelematonta, koska tieto tulevasta hoitojaksosta auttaa potilasta sopeutumaan osastolle. (Blomster, Mäkelä, Ritmala-Castren, Säämänen & Varjus 2001, 57–59).

Hoito teho-osastolla koostuu peruselintoimintojen monitoroinnista, vitaalielin toimintojen seurannasta, sekä kivun- ja asentohoidon toteuttamisesta. Ravitsemuksella on tehohoitopotilaan toipumisen ja komplikaatioiden ehkäisemisen kannalta tärkeä merkitys. Jos potilas ei voi tai saa syödä pyritään hänen ravitsemuksensa turvaamaan letkuruokinnan tai laskimoon annettavan ravintoliuoksen avulla. Virtsan eritystä seurataan tunnin välein muun muassa munuais- toiminnan takia. Potilaan lämpötaloudesta huolehditaan ja orientoituneisuutta tarkkaillaan. Riittävän unen turvaaminen on tarpeen erityisesti sairastettaessa, koska univajeen uskotaan alistavan sekavuudelle. (Blomster ym. 2001, 81–113).

3.5 Mahahaavataudin mahdolliset jälkioireet ja niiden hoito

Mahahaavataudin yleisin komplikaatio eli jälkitauti on vuoto. Vuoto voi olla hiljaista vuotoa tai runsasta ja nopeaa, joka aiheuttaa verenhukan ja vuotoso-

kin. Hyvin monet potilaista, joilla on ollut vuotava mahahaava osaavat itse kertoa ulkustaudista. Vuotavassa ulkuksessa potilasta heikottaa, pyörryttää ja hän on monesti hyvin pelokas. Potilas tuntee ahdistuneisuutta ja turvattomuutta. Hoitaja voi helpottaa potilaan oloa läsnäolollaan samalla kun seuraa potilaan peruselintoimintoja ja erityistä, sekä havainnoi kipua. (Holmia ym. 2004, 475–476).

Vuotokohdan toteamiseksi potilaalle tulee tehdä gastroskopia eli sisäinen tähystys 48 tunnin kuluessa vuodon alkamisesta. Tähystyksessä näkyvä vuoto-kohta, pigmentoitunut läiskä tai hyytymä kertoo vuodon jatkumisesta tai uusintavuodon riskistä. Vuotokohta voidaan tyrehtyttää adrenaliini-ruiskeella ja vuotokohdan ympärille voidaan ruiskuttaa kovettavaa ainetta. Vuotokohta on mahdollista myös polttaa elektrokoagulaatiolla eli sähköhyydytyksellä. (Holmia ym. 2004, 476).

Mahahaavan puhkeaminen voi aiheuttaa potilaalle vatsakalvontulehduksen, joka alkaa äkillisenä ja voimakkaana kipuna ylävatsalta ja leviää vähitellen koko vatsan alueelle sitä mukaan vatsakalvo ärtyy mahan ja suolen sisällöstä. Potilas on kylmänhikinen, syke ja hengitys ovat nopeaa. Hoitona on leikkaus viimeistään kuuden tunnin kuluessa puhkeamisesta. Leikkauksessa puhjennut kohta ommellaan umpeen. (Holmia ym. 2004, 476).

Mahaportin tukkeuma voi syntyä mahaportin lähellä olevien haavojen arpeutuessa. Mahaportissa on tällöin turvotusta, tulehdusta ja kouristuksia. Tukkeuma aiheuttaa mahalaukun venymistä ja mahansisällön kertymistä mahaan. Potilas tuntee olonsa täysinäiseksi, mikä pahenee iltaa kohti mentäessä. Hoitona mahaportintukkeumassa on nestehoito laskimoon, ruoansulatuskanavan ulkopuolinen ravitsemus, mahan tyhjentäminen huuhteluin ja tehokas konservatiivinen mahahaavataudin hoito. (Holmia ym. 2004, 476).

3.6 Potilaan ohjaus ja tiedottaminen

Potilasta on muistettava informoida hoidon jokaisesta vaiheesta. Äkillinen sairastuminen aiheuttaa pelkoa ihmisessä ja osa pelosta johtuu siitä, että potilas

ei aina tiedä mitä hänelle tehdään. Potilaan ohjauksen tulisi lähteä potilaan elämäntilanteesta ja olla hyvin selkeää. Myös omaisille on annettava tietoa potilaan tilasta, jos potilaan omaisia ei tiedetä, tulee sairaanhoitajan ottaa yhteyttä poliisiin omaisten löytämiseksi. Omaisille tulisi antaa mahdollisuus jäädä sairaalaan odottamaan lisätietoja. Potilasta hoidetaan hoitosuunnitelman ja lääkäriohjeiden mukaisesti. Päivystyspoliklinikalla potilaan vointia voidaan seurata muutama tunti, kunnes jatkohoitopaikka on selvillä. (Kempainen 2005, 335–340).

Suhosen (2002) tekemän väitöskirjan mukaan potilaan huomioiminen yksilönä tuo paremman hoitotuloksen. Useat kansalliset ja kansainväliset terveydenhuoltoa koskevat suositukset korostavat potilaan kohtelua yksilönä. Potilaat kokevat ettei heidän jokapäiväistä toimintaa ja elintapoja oteta riittävästi huomioon. Potilaiden henkilökohtaista elämäntilannetta ei huomioida tarpeeksi, muun muassa työ, perhe ja ihmissuhteet jäävät huomiotta. Potilaan kokemus yksilöllisyydestä on yhteydessä hoitotyytyväisyyteen ja osittain myös terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Mikäli potilas kokee tulleensa kohdelluksi ainutlaatuisena ihmisenä, saa tämä tunne aikaan välittämisen kokemuksen. Tämä puolestaan edesauttaa vuorovaikutusta sekä madaltaa kynnyistä kysyä hoitoon liittyvistä asioista. (Suhonen 2002).

4 POTILAAN HOIDON KUVAAMINEN HOITOPOLUN AVULLA

Hoitopolku on kaavion muodossa esitetty kuvio hoidon etenemistä. Hoitopolku kuvaa potilaan kulkua kotoa avohoitopalveluihin ja hoitolaitokseen, siirtymistä laitoksen sisällä, eri laitosten välillä sekä kotiutumista hoitolaitoksesta kotiin. Hoitopolulla saadaan tietoa hoidon organisoinnin ja parempien hoitokäytäntöjen kehittämisestä. Hoitopolulla selvitetään kuinka monta soittoa potilas joutuu soittamaan, kuinka monta ovea avaamaan ja kuinka monta henkilöä kohtaamaan saadakseen hoitoa. Hoitopolun selkein kuvantaminen onnistuu parhaiten seinätaulutekniikalla eli posterilla. Jotta potilaan hoito etenisi saumattomasti, tulee hoitopolun liitoskohdat ja rajapinnat huomioida erityisen tarkasti. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006, 68).

Hoitopolkuun liittyy monia käsitteitä, joista keskeisimpiä ovat hoito- ja palveluketju, saumaton hoitoketju sekä hoitopolku. Hoitoketju tarkoittaa asiantuntijoiden tieteelliseen näyttöön perustuvaa kannanottoa tietyn taudin tai oirekuvan hoidossa. Hoitoketju koskee joko yksittäistä henkilöä tai tietyistä sairauksista johtuvaa potilasryhmän hoitoa. Hoitoketju määrittelee työnjakoa esimerkiksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä tietyllä alueella. Hoitoketjussa esitetyt ohjeet hoidon porrastuksesta ja työnjaosta perustuvat paikallisten olojen ja vaatimusten tuntemiseen. (Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2002).

Palveluketjut käsittävät tietyn, usein monia palveluita käyttävän väestöryhmän sujuvan palvelujen järjestämisen työnjaon. Palveluketjuilla pyritään kuvaamaan ja kehittämään sujuvia ja aukottomia palveluja. (Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2002). Saumaton eli joustava hoitoketjun tarkoituksena on hallita ja selkeyttää hoidon laatua kustannusten ja tehokkuuden suhteen. Joustava hoitoketju parantaa tietoa siitä, kuka vastaa hoidosta ja missä kohtaa organisaatiota hoito on menossa. Saumaton hoitoketju edellyttää avointa tiedonvälitystä, missä tieto kulkee joustavasti ja esteettömästi aina potilaan kotoa yliopistosairaالاتasolle asti. (Wanne 1997).

4.1 Vuokaavio hoitopolun kuvaamisessa

Vuokaaviota on käytetty pitkään kuvaamaan erilaisia prosesseja. Vuokaavion iästä kertoo hyvin sen, että ketään ei ole merkitty vuokaavion keksijäksi tai isäksi. Vuokaavion symboliset merkit antavat yhteisen kielen mille tahansa ilmiölle, mikä sisältää prosessin. (Sarja 2003). Vuokaaviossa nähdään kuvallisessa muodossa jonkin tapahtuman kaikki vaiheet. Vuokaavio on siis graafinen esitys, jonka avulla voidaan tutkia kuinka eri työvaiheet kytkeytyvät toisiinsa. (Kiira 2007).

Vuokaaviossa käytetään erilaisia symboleja kuvaamaan asian etenemistä ja eri vaiheiden riippuvuutta toisistaan. (Asmala 2002). Vuokaaviossa esimerkiksi vinoneliö kuvaa päätöksentekoa ja valintatoimintoja, nelikulmio kuvaa puoles-

taan toimintoa ja nuoli toiminnon kulkua toisen toimintoon. Vuokaaviossa voidaan esittää myös rinnakkaisia toimintoja, jotka suoritetaan samanaikaisesti esimerkiksi terveydenhuollossa potilaalle annettavia hoitoja. Tällaisia toimintoja kuvataan vaakasuora palkilla. Vuokaavio tulee pitää selkeänä niin, että kaaviossa ei määritellä yksityiskohtia vaan viitataan niitä kuvaaviin dokumentteihin. (Rissanen & Kansanen 2003, 97).

4.2 Posterin tekemisessä huomioon otettavia asioita

Posterit on visuaalinen apuväline, joka antaa katsojalle yksiselitteisen ja välittömän käsityksen esitettävästä asiasta. Se on katsojaansa kognitiivisesti palkitseva ja tehokas apuväline tutkimusten esittämisessä ja opettamisessa. Posterit on kuvista ja tekstistä muodostuva tieteellinen juliste, joka eroaa ilmoituksesta sen sisältämän monipuolisen informaation takia. Posterit voi esiintyä yksinään tiedonlähteenä tai se voi tukea muita esitysmuotoja. (Rissanen & Kansanen 2003). Postereita voidaan käyttää suurelle joukolle henkilöitä yhtä aikaa, koska ne välittävät informaatioita nopeasti. (Tepponen ym. 1998. 311).

Posteriesityksen suunnittelu aloitetaan pohtimalla, mitä halutaan esittää ja miksi, sillä kaikkea asiaan liittyvää ei voi tuoda sillä esille. Kohderyhmä on huomioitava, niin saadaan selkeämpi ja yksinkertaisempi asia selvitettyä. (Lyytikäinen & Riikonen 1995,147). Posteria suunniteltaessa olisi hyvä kiinnittää huomiota jo etukäteen posterin esitysympäristöön. Valmiiksi tulisi miettiä posterin taustaväri ja materiaali, sekä kuvioiden/tekstin asettelu. Työn tulisi olla tasapainoinen. Posterin tulisi olla hyvin luettavissa vielä kahden metrin päästä. Kirjainten kokoa tekstissä on usein vähintään 2,5 cm. Otsikot posterissa ovat rohkeita, jotta ne herättävät yleisössä mielenkiintoa ja halua syventyä lukemaan informaatioita. Posteria suunniteltaessa tulisi huomioida myös, että tietoa tulisi olla niukasti, mutta se olisi esitettävä selkeästi. (Tepponen ym., 1998, 311–312).

Posterin tehtävän on pysäyttää ohikulkijat ja saada heidät lukemaan posterin sisältö. Posterin tehtävänä on herättää lukijassaan halu tietää asiasta enemmän. Hyvässä posterissa on riittävästi tietoa. Vaikeimmalta asialta posterin

suunnittelussa voi tuntua aiheen rajaus. Mitä tietoa posteriin otetaan mukaan ja mikä kannattaa jättää pois. Asiat jotka posterista tulisi löytyä, ovat otsikko ja tekijöiden nimet, tarkoitus, tutkimuksen otos, metodit, tulokset ja johtopäätökset. (Pietilä ym. 2003, 145–146;. Tepponen ym.1998, 312).

Hyvä posterit on ulkonäöltään selkeä. Useimmiten kolme erilaista kirjasinkokoa samassa posterissa on riittävä. Otsikon tulee olla luettavissa yhdellä silmäyksellä. Koko posterit tulisi pystyä lukemaan läpi enintään viidessä minuutissa. Värejä valitessa tulee kiinnittää huomiota selkeyteen. Vastaväreillä ympyröinti korostaa mukavasti tekstiä ja kuvaa, esimerkiksi vihreä ympyröitynä punaisella. Posterit tehdessä on hyvä käyttää yhtä pääväriä ja yhtä tai kahta väriä korostuksiin. (Tepponen ym. 1998, 312–313).

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää Keski- Suomen keskussairaalan ruo-ansulatuselinkirurgiselle osastolle mahahaava potilaan hoitopolku ja tehdä hoitopolusta posteriksi kyseiselle osastolle. Posterin tarkoituksena on auttaa potilaita ja hoitohenkilökuntaa hahmottamaan hoitopolku ja hoidon eteneminen kokonaisuudessaan jo hoidon alkuvaiheesta asti, sekä turvaamaan hoidon jatkuvuus.

6 TYÖN KUVAAMINEN JA ETENEMINEN

Opinnäytetyössämme olemme soveltaneet projektityöhön liittyviä vaiheita tukemaan opinnäytetyön toteutumista ja selkiyttämistä varten. Tarkoituksenamme ei ollut tehdä tutkimusta aiheesta, joten projektimallin hyödyntäminen oli työhömme sopivin vaihtoehto.

Projektin sana on lähtöisin latinasta ja tarkoittaa suunnitelmaa tai ehdotusta. Projektin tulee tuottaa hyötyä kohteelleen ja lisäarvoa tekijälleen. Jokainen projekti on uniikki, sillä on alkunsa ja loppunsa. Projektityö työmuotona edellyttää kirjaamaan edes jonkinlaiset tavoitteet. Projektia suunniteltaessa tulee huomioida myös mahdolliset riskit, voimavarat ja ongelmat. (Rissanen 2002, 14–24).

Projekti on asetettuihin tavoitteisiin pyrkivä ja ajallisesti rajattu tehtäväkokoisuus, jonka toteuttamisesta nimetty henkilö vastaa. Projekti on johtosuhteiltaan selkeä organisaatio, jolla on ennalta määritelty panokset ja resurssit. Projektilla pyritään yleensä parantamaan joko olemassa olevan toiminnan tasoa tai kehittämään uusia palveluita. (Silfverberg 2001, 11). Hyvä projekti pitää sisällään seuraavanlaisia asioita, tavoitteiden asettelu tulee olla selkeitä ja johdonmukaisia sekä aikataulun tulee olla realistinen. Projektin eri osapuolten roolien, vastuiden ja resurssien selkeää määrittelyä, projektin panokset tulee myös olla riittävät suhteessa tavoitteisiin. (Silfverberg 2001, 12).

Aloitimme opinnäytetyön aiheen miettimisen keväällä 2006. Saman vuoden syksyllä saimme aiheen ruoansulatuselinkirurgiselta osastolta kuvata gastrointestinaalivuotopotilaan hoitopolku Keski-Suomen keskussairaalassa. Opinnäytetyönteoriaosan kirjoittamisen aloitimme helmikuussa 2007, jolloin huomasimme annetun aiheen olevan liian laaja opinnäytetyöksi. Yhteistyössä ohjaavien opettajien, sekä apulaisosastonhoitaja kanssa rajasimme aiheen uudestaan koskemaan mahahaava potilaan hoitopolkua. Opinnäytetyön yhtenä osana on posterit, jotka auttaa sairaalan hoitajia ja potilaita hahmottamaan hoidon kokonaisuuden. Taulukko opinnäytetyön etenemisestä löytyy liitteestä 1. Ruoansulatuselinkirurgiselta osastolta toivottiin meitä pitämään osastolla osastotunti, sekä toimittamaan kirjallinen materiaali opinnäytetyöstä ja poste-

rista osastolle. Yhteistyösopimuksen (liite 2) teimme osaston kanssa huhtikuussa 2007.

Hoitopolun sisältö on tehty kirjallisuuden sekä ruoansulatuselinkirurgisen osaston apulaisosastonhoitajan ja sairaanhoitajan, sekä muiden yksiköiden sairaanhoitajien henkilöhaastattelujen ja sähköpostiviestien pohjalta. Lähesyimme eri sairaanhoitajia lähettämällä osastonhoitajalle kirjeen sähköpostin välityksellä (liite 3). Yhteensä haastattelimme seitsemää sairaanhoitajaa eri osastoilta (liite 4). Posterista (liite 5) on pyritty tekemään helppolukuinen ja ytimekäs muun muassa välttämällä lääketieteen sanaston käyttöä posterissa.

7 MAHAHAAVA POTILAAN HOITOPOLKU KESKI-SUOMEN KESKUSSAIRAALASSA

Keski-Suomen keskussairaala sijaitsee Jyväskylässä ja kuuluu Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin. Kaikki sairaalan tulevat potilaat tarvitsevat lähetteen lääkäriltä hoitoon pääsystä, lukuun ottamatta päivystyspotilaita. Vuonna 2005 Keski-Suomen keskussairaalassa hoidettiin n. 76 000 potilasta. Sairaanhoitopiirin alueeseen kuului vuonna 2005 n. 270 000 ihmistä. Vuotava mahahaavapotilas kuuluu ruoansulatuselinkirurgiselle osastolle, joka on Keski-Suomen keskussairaalassa osasto 22. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2006).

7.1 Hoito päivystys- ja infektio-osastolla

Päivystyspoliklinikalla mahahaava potilaan yleistilaa ja vuotoa seurataan tarkkailemalla peruselintoimintoja. Potilaasta otetaan laboratorionkokeita, muun muassa hemoglobiinin tasoa seurataan. Potilasta nesteytetään osaston ohjeiden mukaisesti suonensisäisesti. Potilas pidetään ravinnotta, kunnes lääkäri toisin määrää. Tyypillinen mahahaavapotilas osastolla on päihteiden väärinkäyttäjä tai antikoagulantti hoitoa käyttävä henkilö, jonka INR arvo ei ole hoitotasolla. Oireina mahahaavapotilailla on vatsakipu, verioksentelu, veriripulointi ja alhainen hemoglobiini. Mahahaavapotilaan hoitoon osallistuvat sairaanhoi-

tajat, lääkärit, lähihoitajat, näyttöhoitaja, toimenpidehoitaja, potilaskuljettaja, sihteeri ja sairaalahuoltajat. Tutkimuksista ja seurannasta potilasta ohjataan. Omaiset huomioidaan potilaan hoidossa ja lääkäri tai sairaanhoitaja keskustelee myös heidän kanssaan. Potilaan hoito päivystyspoliklinikalla kestää yleensä 1-2-vuorokautta, jonka jälkeen mahahaava potilas siirtyy jatkohoitoon päivystyspoliklinikalta ruoansulatuselinkirurgian osastolle 22 suoraan, jos potilaalla on todettu vuotoa gastroskopiatuskimuksessa. Jos potilaalla ei ole todettu vuotoa hän siirtyy jatkohoitoon omaan terveystieteeseen tai kotiutuu, jos vointi sen sallii.

Mahalaukun tähystys on ensisijainen tutkimus, kun potilas tulee päivystyspoliklinikalle ylemmän ruoansulatuskanavan verenvuodon tai anemian takia. Mikäli potilas saapuu poliklinikalle ennen kello 15, tehdään mahalaukun tähystys mahdollisuuksien mukaan samana päivänä tai viimeistään seuraavana aamuna gastroskopiayksikössä. Päivystysaikana potilas sijoitetaan ensisijaisesti päivystys- ja infektio-osastolle, josta seuraavana aamuna otetaan yhteys gastroskopiayksikköön tähystyksen järjestämiseksi. Mikäli potilas tarvitsee punasoluja lisää, niin verensiirto aloitetaan heti tarkkailussa. Jos potilaalla epäillään jatkuvaa verenvuotoa, tulee hänet siirtää teho-osastolle, teho-osaston tarkkailuun tai kirurgian vuodeosastolle. Mahahaava potilaille, jotka vuotavat aloitetaan suonensisäisesti protonipumpun salpaajalääkitys. Mikäli potilaalla on vuotoshokin oireita tai hän oksentaa verta, tehdään mahalaukun tähystys päivystyksenä leikkaussalissa. (Kellokumpu & Voutilainen 2004).

7.2. Hoito ruoansulatuselinkirurgisella osastolla 22

Vatsakirurgisella osastolla mahahaavapotilaita hoidettiin vuonna 2006 diagnoosilla verioksennus, määrittämätön ruoansulatuselinten verenvuoto ja mahalaukun haava 74 tapausta. Potilaiden keskimääräinen hoitoaika osastolla oli 4 vuorokautta ja potilaiden keski-ikä 69 vuotta. (Vuodeosastohoidon 50 eniten esiintyvää diagnoosia 2006).

Vatsakirurgiselle osastolle potilaan tulossyynä ovat usein epämääräiset vatsaoireet. Potilaan peruselintoimintoja seurataan, vuodon ja virtsan määrää havainnoidaan, sekä kipuja lievitetään. Sokin oireita havainnoidaan ja tarvittaessa potilasta nesteytetään infuusioiden avulla perusnestettä, kuten Ringer® liuosta. Osastolla potilaalle tehtävät tutkimukset ovat gastroskopia ja verikokeet. Verikokeissa potilaalta määritetään veriryhmä, verenvasta-aineet, verensopivuuskoe ja hemoglobiini. Potilaalle varataan automaattisesti kaksi yksikköä punasoluja.

Potilaille aloitetaan lääkehoitona suonensisäisesti vatsansuojälääkitys. Kivulääkkeenä potilaille käytetään perfgaania tai sen johdannaisia kuten paracetamolia. Potilasta ohjataan jatkuvasti hoidon suhteen. Potilaan omaisiin otetaan myös tarvittaessa yhteyttä. Kaikki asiat kirjataan ylös potilasasiakirjoihin. Tyypillinen mahahaavapotilas on tupakoiva, kahvia ja alkoholia runsaasti nauttiva, asioista helposti stressaantuva henkilö. Potilaat siirtyvät vatsakirurgiselta osastolta kotiin tai jatkohoitoon oman paikkakuntansa terveyskeskukseen. Jos mahahaava paranee hyvin, uusinta gastroskopiaa ei välttämättä tehdä.

7.3 Hoito kirurgianpoliklinikalla

Kirurgian poliklinikalla tyypillinen mahahaavapotilas on vanhus, joka käyttää paljon lääkkeitä tai potilas jolla on antikoagulantti hoito. Antikoagulantti hoidon lääkitystä käyttävän potilaan INR arvon tulee olla korkea, jotta potilaalle voidaan tehdä tarvittavat tutkimukset. Poliklinikalla vuotavalle potilaalle tehdään perustutkimuksena gastroskopia. Jos tutkimuksessa löydetään vuotokohta, huuhdellaan mahalaukusta verihyytymät pois. Vuotokohta hoidetaan joko adrenaliini-injektiolla, liimahoidolla tai polttamalla vuotokohta. Antikoagulantti hoidon lääkitystä käyttäville potilaille vuoto hoidetaan jääplasmalla, koska muilla hoitomenetelmillä voidaan aiheuttaa lisävuotoa. Tutkimuksesta kirjataan ylös, minkälaisella välineellä gastroskopia on tehty, mitä kaikkea potilaalle on tehty, minkälainen vuoto hänellä on ollut, sekä mitä hoito-ohjeita potilas on saanut. Kirurgian poliklinikalle potilas tulee päivystys- ja infektio-osastolta, sisätautienosastolta 11 ja mahdollisesti ruoansulatuselinkirurgiselta osastolta

22, ortopedian osastolta 21 ja tapaturmakirurgian osastolta 20. Kirurgian poliklinikalta mahahaavapotilaat menevät aina jatkohoitoon osastolle.

7.4 Hoito leikkausosastolla

Leikkaussalissa vuotavia mahahaavapotilaita hoidetaan kuukaudessa noin 3-5 tapausta. Vuotokohta mahalaukusta etsitään operatiivisesti tähystämällä tai avoleikkauksella. Vuotava kohta suljetaan ompelein tai polttamalla. Hoitoaika yksikössä voi kestää alle tunnista noin yhteen vuorokauteen, mikäli leikkauksen jälkeinen toipuminen ei etene oletetulla tavalla. Potilaan hoitoon salissa osallistuvat sairaanhoitajat, kirurgi, anestesia lääkäri ja lääkintävahtimestari. Heräämössä potilaan hoidosta vastaavat sairaanhoitajat ja anestesia lääkäri.

Tyypillinen mahahaavapotilas on työssäkäyvä keski-ikäinen nainen tai mies. Potilaan ohjaukseen salissa osallistuvat sairaanhoitajat ja he kertovat mitä missäkin vaiheessa tehdään. Anestesia lääkäri tiedottaa ja kertoo omista toimenpiteistään nukutukseen liittyen. Jossain tapauksissa anestesia lääkärit ja kirurgit käyvät jo vuodeosastolla tapaamassa potilasta etukäteen ja kertomassa toimenpiteestä samoin he saattavat käydä heräämössä kyselemässä vointia ja kertomassa tehdystä toimenpiteestä. Heräämössä sairaanhoitajat huolehtivat potilaan kivunhoidosta ja ohjaavat potilasta muun muassa hänen liikkeissään heräämisen jälkeen. Esimerkiksi istumaan ei saisi nousta heti leikkauksen jälkeen, jotta haavat eivät pääsisi aukenemaan.

Sairanhoitajat eivät rutiininomaisesti tiedota omaisia odotetusti sujuneen leikkauksen jälkeen. Potilaat voivat itse halutessaan ottaa yhteyttä omaisiin ja päinvastoin. Mikäli potilas joutuu olemaan heräämössä pidempään kuin yhden vuorokauden, omaisille ilmoitetaan tilanteesta. Näin toimitaan myös tapauksissa, joissa toimenpiteen aikana tai sen jälkeen on ilmennyt jotain poikkeavaan. Tiedottamisen hoitaa yleensä anestesia lääkäri. Erityistapauksissa omaiset päästetään heräämöhön vierailulle, mutta tämä edellyttää kuitenkin jo pitkää heräämössä oloaikaa leikatulta potilaalta. Rutiininomaisesti heräämöhön ei omaisia päästetä. Mahahaavapotilas siirtyy heräämöstä yleensä vatsakirur-

gian vuodeosastolle. Kriittisissä tapauksissa potilas siirtyy teho-osastolle, jos hänen vointinsa sitä vaatii.

7.5 Hoito teho-osastolla

Mahahaavapotilaan tulosy teho-osastolle on yleensä liian alhainen hemoglobiini (alle 60) ja huono yleiskunto. Hoitomuodot eli toimenpiteet potilaan hoidossa ovat samanlaisia kuin muidenkin tehohoitoa tarvitsevien potilaiden kohdalla. Sairaanhoidaja arvio potilaan elimistön tilaa ja vitaalielintoimintoja sekä huomio ja hoitaa perusongelmat. Teho-osastolla toimii omahoitaja potilaalla, joka on hänen luonaan kokoajan. Osastolla käy myös säännöllisesti kirurgi, infektiolääkäri ja anestesia­lääkäri. Osastolla tehdään hyvin paljon yhteistyötä röntgenosaston kanssa, kun muun muassa selvitetään vuotokohtaa varjoainekuvauksella tai tietokonekerroskuvauksen avulla. Jos potilas vuotaa todella runsaasti lähetetään hänet jatkohoitoon Helsingin yliopistolliseen sairaalaan. Vuonna 2006 Keski-Suomen keskussairaalan teho-osastolla hoidettiin diagnoosilla verioksen­nus 18 potilasta, ruoansulatuselinten verenvuoto 13 potilasta ja mahalaukun haava diagnoosilla 11 potilasta (IC Diagnosis, teho-osasto 2006).

8 YHTEENVETO

Tarkoituksena tässä opinnäytetyössä oli selvittää mahahaavapotilaan hoitopolku Keski-Suomen keskussaira­alassa henkilöhaastattelujen avulla. Haastatteluilla halusimme saada hoitopolkuun kuuluvien yksiköiden hoitokäytännöt ja potilas sijoitteluun liittyvät asiat selvitettyä. Tämän lisäksi halusimme tarkastella yhtenäisen hoitolinjan toteutumista mahahaavapotilaan hoidossa.

Verratessamme mahahaavapotilaan hoitopolun toteutumista Keski-Suomen keskussaira­alassa teoriaosuudessa esitettyyn kokonaisuuteen huomasimme käytännöissä olevan eroavaisuuksia. Muun muassa potilaan haastatteluun,

laboratorion käytänteisiin sekä helikobakteerin hoitoon liittyvistä hoidoista. Muuten hoidon sisältö oli pääpiirteittäin yhtenäinen.

Hoitopolkuja verratessa heräsi kysymys yhteistyön tarpeen kehittämisestä eri yksiköiden toiminnassa Keski-Suomen keskussairaalassa. Yhteistyötä ja tiedonsiirtoa lisäämällä mahahaavapotilaan hoidon yhteydessä selkeytettäisiin varmasti hoidonetenemistä, sekä parannettaisiin potilaan ja omaisten ohjausta ja tiedottamista. Jatkotutkimuksia tälle opinnäytetyölle voisivat olla laadullinen tutkimus siitä, kuinka hoitohenkilökunta on kokenut hyötyvänsä posterissa omassa työssään. Voitaisiin myös tutkia eteneekö hoitopolku todellisuudessa esitetyn hoitopolun mukaisesti, ja mahahaavapotilaiden tyytyväisyyden tarkastelu hoidon aikana voisi olla yksi jatkotutkimusaihe.

9 POHDINTA

Opinnäytetyön lähtökohtana oli tekijöiden halu syventää tietoa hoitopolusta ja sen toiminnasta. Opinnäytetyön aihe oli luonteva ratkaisu halutessamme lisätä osaamistamme tällä alueella. Halusimme myös työmme avulla tuottaa materiaalia jota voidaan hyödyntää Keski-Suomen keskussairaalassa käytännön työssä.

Suomessa hoitopolkuja erisairauksista on tehty useita. Hoitopoluista ja mahahaavan hoidosta löytyi erikseen runsaasti lähdekirjallisuutta, mutta aikaisempaa tutkimustietoa mahahaavapotilaan hoitopolusta emme löytäneet, joten työnrajaus ja lähteiden valitseminen tarkoituksenmukaisesti oli haastavaa. Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa perehdyimme kattavasti vatsakipu- ja ulkustautipotilaan hoitotyötä käsittelevään kirjallisuuteen. Etsimme lähdemateriaali kirjastoista eri hakumenetelmiä hyödyntäen. Lähdemateriaaliksi valitsimme oppikirjoja ja tieteellisiä julkaisuja. Aineistoa valitessamme pyrimme kohdentamaan hakumme mahdollisimman tuoreisiin ja ajankohtaisiin julkaisuihin ja tarkastelemaan lähdekirjallisuuttamme kriittisesti. Näin toimiessamme pyrimme parantamaan opinnäytetyömme laadukkuutta ja luotettavuutta. Tiedonkeruu menetelmänä mahahaavapotilaan hoitopolussa meillä oli hoitohenkilökunnan haastattelut eri yksiköissä Keski-Suomen keskussairaalassa.

Haastattelemisen antoi mahdollisuuden syventävien lisäkysymysten ja tarkennusten esittämiseen mahdollisimman rikkaan aineiston saamiseksi. Osa haastatteluista jouduttiin tekemään sähköpostinvälityksellä yksiköiden kiireellisen työtahdin vuoksi.

Hoitohenkilökunnan haastatteluihin valmistauduimme etukäteen pohtimalla mahdollisia tarkentavia ja keskustelua syventäviä lisäkysymyksiä, jotta saisimme haastattelusta kaiken mahdollisen tiedon talteen. Nauhoitimme haastattelut, jotta pystyimme vapautuneemmin keskittymään vuorovaikutukseen haastateltavan kanssa. Näin pystyimme paremmin luomaan haastattelun kannalta miellyttävän ja rennon ilmapiirin. Haastattelun laadukkuulle on parhaaksi se, että mietitään etukäteen, miten haastateltavaa aihetta voidaan syventää ja pohditaan mahdollisten lisäkysymysten muotoja (Hirsijärvi & Hurme, 184).

Opinnäytetyötä tehdessämme huomasimme kuinka epävarmuudensietokykymme joutui koetukselle, koska projektimme ei edennyt ajattelemallamme tavalla. Myös yhteisen työskentelyajan löytyminen oli välillä vaikeaa. Työn edetessä saimme huomata, kuinka monimutkainen prosessi on luoda hoitopolku. Ymmärrämme, että meidän kirjaama malli mahahaavapotilaan hoitopolusta ei ole lopullinen, vaan sen pohjalta tulee jatkaa kehitystyötä ja yhtenäistää eri yksiköiden hoitokäytänteitä saumattomaksi hoitoketjuksi ja turvata näin hoidon jatkuvuus. Olemme tyytyväisiä selvitettyämme mahahaavapotilaan hoitopolun Keski-Suomen keskussairaalassa ja toivomme hoitopolun auttavan käytännöntyön toteutumista.

Posterin tekemiseen kului aikaa odotettua kauemmin. Ongelmia aiheutti lähinnä vieraan tietokoneohjelman käyttö. Ulkonäöllisesti ja luotettavuuden esiintuomiseksi posterista on pyritty tekemään mahdollisimman yksinkertainen jättämättä kuitenkaan tärkeitä hoitopolun osia huomioimatta. Tarkoituksena oli painattaa posterit painoalan yrityksessä, mutta osasto halusi itse hoitaa painatuksen valmiista polusta.

Opinnäytetyö on ammattikorkeakoulussa ensisijaisesti opiskelijalle suunnattu oppimistehtävä, jonka avulla pyritään ammatilliseen kasvuun ja kehittymiseen. Tätä työtä tehdessämme olemme joutuneet tunnustamaan vajavaiset tietom-

me monella eriosa-alueella, mutta samalla olemme edesauttaneet itseämme ammatillisessa kasvussa. Työn tekemiseen liittyy vahvasti yhteistyö työelämän edustajien kanssa, joka tämän opinnäytetyön kohdalla sujui mainiosti. Saimme tukea ja ohjausta työtä tehdessämme ohjaavilta opettajiltamme kuin ruoansulatuselinkirurgiselta osastolta. Opinnäytetyön tekeminen parityönä antoi mahdollisuuden yhteiseen pohdiskeluun ja aiheen kriittiseen tarkasteluun. Olemme ajanpuutteesta huolimatta tyytyväisiä yhteiseen työskentelyymme. Tämän oppimistehtävän kautta olemme saaneet runsaasti asiantuntemusta mahahaavapotilaan hoitotyöhön.

LÄHTEET

- Alaspää, A. 2004. Verioksentelu. Teoksessa Uusi ensihoidon käsikirja. Toim. Alaspää, A., Kuisma, M., Rekola, L. & Sillanpää K. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 373.
- Asmala, H. Vuokaavio. 1.8.2002. Viitattu 23.3.2007. www.tp.spt.fi
- Bjälje, J., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Q. & Toverud, K. 2002. Ruoansulatuselimistö. Teoksessa Ihminen fysiologia ja anatomia. Porvoo: Werner Söderström Oy, 325,335–341.
- Blomster, M., Mäkelä, M., Ritmala- Castren, M., Säämänen, J. & Varjus, S-L. 2001. Tehohoitopotilaan hoitotyö. Teoksessa Tehohoitotyö. Tampere: Tammerpaino Oy, 57–112.
- Bricklin, M. 2003. Maha- ja pohjukkaissuolihaavat. Teoksessa suuri kivunhoitokirja. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 194.
- Castren, M. 2005. Vatsakipu. Teoksessa Ensihoidon perusteet. Toim. Castren, M., Kinnunen, A., Paakkonen, H., Pousi, J., Seppälä, J. & Väisänen, O. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 487.
- Haglund, B., Hakala-Lahtinen, P., Huupponen, T. & Ventola, A-L. 2001. Maha-leikkaus. Teoksessa Ihmisen ravitsemus. Porvoo-Helsinki-Juva: Werner Söderström Oy, 205–206.
- Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 1998. Teemahaastattelut. Helsinki: Yliopistopaino., 184.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2004. Ruoansulatuselimistön sairauksia sairastavan hoitotyö. Teoksessa Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo: WS Bookwell Oy, 473–476.
- Holopainen, A. 2005. Vatsakipupotilaan hoitoprosessi. Teoksessa potilaan hoito päivystyksessä. Toim. Koponen, L. & Sillanpää, K. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy, 334–340.
- Hämäläinen, E. 1997. Perkutaattinen endoskooppinen gastrostomia, PEG. Potilaan ohjaus- omaisten ohjaus. Kuopio: Koulutuspäivät.
- Höckerstedt, K. Färkkilä, M., Kivilaakso, E. & Pikkarainen, P. 1998. Gastroenterologia. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 182.
- IC Diagnosis. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, teho-osasto. 2006.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006. Hoidon jatkuvuuden turvaaminen. Teoksessa Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 68.

Järvinen, J. & Rasku, T. 2000. Ensihoitopotilas ja kivun hoito. Teoksessa kivunhoito. Toim. Sailo, E. & Vartti, A-M. Tampere: Tammer Paino Oy, 113–116.

Kellokumpu, I. & Voutilainen, M. 2004. Ohje päivystävälle lääkäreille ja tarkkailuysikölle.

Kemppainen, E. 2005. Vatsakipupotilaan hoito. Teoksessa Potilaan hoito päivystyksessä. Toim. Koponen, L. & Sillanpää, K. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 335–340.

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2006. Viitattu 10.8.2007. www.kshp.fi

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri vuodeosastohoidon 50 eniten esiintyvää diagnoosia osastoittain nettohoitopäivistä laskettuna. 2006.

Kiira, P. Ensihoidon konsultointi: Ensihoidon ja sairaankuljetuksen laadunhallinta. Viitattu 23.3.2007. www.finems1.pp.fi , vuokaavio.

Kuopion yliopistollisen sairaalan laatujärjestelmästä. Helsinki: Suomen kunta-liitto kuntatalon paino, 97.

Kössi, J. 2007. Akuutti vatsa. Katsausartikkeli. Viitattu 23.3.2007. www.duodecim.fi

Lääkelaitos 2007. Viitattu 13.3.2007. <http://spc.nam.fi>. Hakusana lääkkeen nimi.

Gastrolab. Mahahaava. 1.3.2007. Viitattu 23.3.2007. www.gastrolab.net, potilasohje, mahahaava

Mikä on hoitoketju, mihin sillä pyritään? 1.1.2002. Viitattu 23.3.2007. Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto, www.rohto.fi. Hakusana hoitoketju

Nienstedt, W., Hänninen, O., Arstila, A. & Björkqvist, S-E. 2000. Aistimustoinnot. Teoksessa Ihmisen anatomia ja fysiologia. Porvoo: WS Bookwell Oy, 483.

Oksala, N., Paimela, H., Paimela, L., Luosujärvi, R. & Kivilaakso, E. 2003. Ulkustaudin epidemiologia tänään Kirurgisen hoidon ilmaantuvuus, sairaalahoitajaksot sekä kuolleisuusluvut Suomessa. Teoksessa Suomen Lääkärilehti, yleiskatsaus. 265–269.

Pietilä, N., Laakso, H. & Paavilainen, E. 2003. Posterisesitykset ja niiden arviointi tieteellisessä kongressissa. Katsausartikkeli Hoitotiede numerossa 3. Toim. Bondas, T., Isola, A., Pietilä, A-M., Salanterä, S. & Tarkka, M-T. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy, 145–146.

Pikkarainen, P. 2003. Käypähoitosuosituksien Ruoansulatuskanavan verenvuodot.

- Puhakka, M. 2005. Ruoansulatuselimistön sairaudet. Teoksessa Sisätaudit. Toim. Vauhkonen, I. & Holmström, P. Helsinki: Werner Söderström Oy, 209–210.
- Pääkkönen, M. 1993. Ruoansulatuskanavan verenvuoto teoksessa Kliininen Gasrtoenterologia. Toim. Miettinen, T., Seppälä, K. & Sivula, A. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 591–593
- Rissanen, V. & Kansanen, M. 2003. Prosessin kaavio. Teoksessa Laadunhallinta terveydenhuollossa, laatujärjestelmien pääsuuntaviivat ja kokemuksia
- Sailo, E. 2000. Kivun kirjaaminen. Teoksessa kivunhoito. Toim. Sailo, e. & Vartti, A-M. Tampere: Tammer Paino Oy, 97–98
- Sarja, J. Vuokaavio. 1.6.2003. Viitattu 23.3.2007. <http://sarja.internetix.fi>. Nexus, hakusana vuokaavio.
- Silfverberg, P. 2001. Projekti käsite. Teoksessa Ideasta projektiksi projekti-suunnittelun käsikirja. Helsinki Oy Edita Ab, 11
- Suhonen, R. 2002. Tutkimus. Potilaan huomioiminen yksilönä tuo paremmat hoitotulokset.
- Tepponen, H., Välimäki, M. & Suominen, T. 1998. Miten tehdään posterit? Ohjeita posterin suunnittelijalle. Katsausartikkeli Hoitotiede numerossa 5. Toim. Eriksson, K., Meriläinen, P., Paunonen, M., Pietilä, A-M., Raatikainen, R. & Suominen, T. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy, 311–313.
- Tiusanen, T. 2005. Vatsakipupotilaan hoito. Teoksessa sairaanhoitajan käsikirja. Toim. Mustajoki, M., Maanselkä, S., Alila, A. & Rasimus, M. Hämeenlinna: Karisto Oy, 140.
- Ukkola, V., Ahonen, J., Alanko, A., Lehtonen, T. & Suominen, S. 2001. Mahaleikkaus. Teoksessa Kirurgia. Porvoo: WS Bookwell Oy, 61–139.
- Vainio, A. 2002. Kipu tutkimuskohteena. Teoksessa kipu. Toim. Kalso, E. & Vainio, A. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 41.
- Varis, K. & Väänänen, H. 1996. Maha- ja pohjukkaissuolihaava. Teoksessa Suomalainen lääkärikeskus. Toim. Kangasniemi, K. & Opas, H. Porvoo: WSOY-yhtymä, 82, 84
- Virkkunen, P. 2007. Mahahaavatauti. Viitattu 1.9.2007.. www.tohtori.fi, mahahaavatauti.
- Wanne, O. 1997. Saumaton terveydenhuollon palvelu. 16.5.1997. Viitattu 22.3.2007. www.verkkouutiset.fi/arkisto. Verkkouutiset, hakusana hoitopolku

LIITTEET

Liite 1. Taulukko työn etenemisestä

Lokakuu 2006	Keskustelu opinnäytetyön aiheesta Hannele Tyrväisen kanssa
Aiheseminaari syyskuu 2006	Tehdään kirjallinen suunnitelma opinnäytetyöstä
Aiheen hyväksyminen marraskuu 2006	Pirjo Tiikkainen
Tammikuu 2007	Opinnäytetyön teoriaosan kirjallisen materiaalin etsiminen
Helmikuu-maaliskuu 2007	Teoriaosuuden kirjoittaminen
Huhtikuu- heinäkuu 2007	Käytännön osuuden toteuttaminen; henkilöhaastattelut ja niiden saattaminen kirjalliseen muotoon, tekstin ja työn muokkaus Jyväskylän ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohjeiden mukaiseksi
Elokuu –lokakuu 2007	Opinnäytetyön palautus opettajille. Opinnäytetyön esityksen valmistelu, esitys koululla ja osastotunnilla osastolla 22. Kypsyysnäytteeseen osallistuminen.

Liite 2. Yhteistyösopimus/lupa-anomus Keski-Suomen keskussairaalan ruansulatuselinkirurgisen osaston kanssa


**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**
 Sosiaali- ja terveystieteiden
 Opinnäytetyöryhmä
 Lukuvuosi 2006-2007

1/3

OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖSOPIMUS / LUPA-ANOMUS

Olemme Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden opiskelijoita. Pyydämme lupaa toteuttaa opinnäytetyötämme yhteisössänne.

Opinnäytetyön aihe/nimi

Mahahaava vuotopotilaan hoitopolku Keski-Suomen keskussairaalassa

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää Keski-Suomen keskussairaalan ruansulatuselinkirurgiselle osastolle mahahaava vuotopotilaan hoitopolku ja tehdä hoitopolusta posteriksi kyseiselle osastolle. Posterin tarkoituksena on auttaa potilaita ja hoitohenkilökuntaa hahmottamaan hoitopolku ja hoidon eteneminen kokonaisuudessaan jo hoidon alkuvaiheesta asti, sekä turvaamaan hoidon jatkuvuus.

Opinnäytetyön arvioitu valmistumisajankohta

Elokuu 2007

Opinnäytetyön tekijät sitoutuvat

Tekijät sitoutuvat tekemään opinnäytetyön Jyväskylän ammattikorkeakoululle, jossa posterin avulla kuvataan mahahaava vuotopotilaan hoitopolku Keski-Suomen keskussairaalassa.

Opinnäytetyön suunnitelma on hyväksytty

Ohjaavat opettajat

Leena Suonpää-Lehtonen ja Jaana Perttunen, Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveystieteiden osasto

Opinnäytetyön yhteistyötaho

Jyväskylän ammattikorkeakoulu ja Keski-Suomen keskussairaalan osasto 22.

- Hyväksyn opinnäytetyön tekemisen yhteisössämme ja sitoudumme
(esim. ohjaamaan opinnäytetyön tekijää, avustamaan materiaalikuluisissa)

Maksamaan posterin teosta aiheutuvat kustannukset

ja osastolle jaettava opinnäytetyön kappaleet

Opinnäytetyön tekijät veloitetaan (esim. raportoimaan yhteistyötaholle)

Osastokunti kirjallinen materiaali

Power Point esitys henkilök. jaettavaksi

- En hyväksy opinnäytetyön tekemistä yhteisössämme, miksi

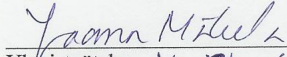
Tarvitaanko muita lupa-anomuksia

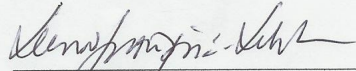
ei

kyllä, mitä

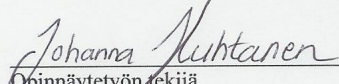


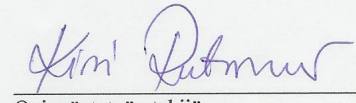
Paikka ja aika 26.1.2007


 Yhteistyötaho Mn Oh. 04 22


 Ohjaava opettaja

Paikka ja aika 20.1.2007


 Opinnäytetyön tekijä
 Johanna Huhtanen


 Opinnäytetyön tekijä
 Kirsi Rutanen

Yhteystiedot
 Schaumanin Puistotie 15 B 42
 40100 Jyväskylä
C2932@jamk.fi
 040-759 2040

Yhteystiedot
 Ilmarisenkatu 16-18 B 18
 40100 Jyväskylä
C6653@jamk.fi
 050-401 9996

Liite 3. Kirje osastoille

Hei,

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Jyväskylän Ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä mahahaavapotilaan hoitopolusta Keski-Suomen keskussairaalassa. Olemme kirjoittaneet teoriaosuuden aiheesta ja nyt tarvitsemme sairaalakohtaisen tiedon hoidon eri vaiheista.

Hoidetaanko vuotopotilasta teidän yksikössänne? Jos potilaita hoidetaan, onko mahdollista, että tulisimme haastattelemaan jotakin teidän poliklinikan sairaanhoitajaa? Lähiviikkojen aikana tarkoituksenamme on tehdä haastatteluja eri toimipaikoissa ja nauhoittaa nämä. Sopiiko nauhoittaminen teille?

yst.terv. Kirsi Rutanen ja Johanna Huhtanen SHO4Ks

Liite 4. Haastattelu kysymykset

1. Haastateltavan nimi?
2. Voimmeko julkaista nimenne opinnäytetyössä?
3. Miten yksikössä hoidetaan mahahaava potilasta?
4. Yksikön hoitokäytännöt vuotopotilaalle?
5. Vuotopotilaalle tehtävät hoitotoimenpiteet?
6. Mahahaavapotilaiden lukumäärä?
7. Tyypillinen mahahaavapotilas?
8. Potilaan ohjaus ja tiedottaminen?
9. Omaisten huomioiminen ja tiedottaminen?
10. Hoidon kesto yksikössä?
11. Moniammatillisuus?

Liite 5. Mahahaavapotilaan hoitopolku Keski-Suomen keskussairaalassa

