

HENGITYSLAITEPOTILAAN KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ

Opas hengityslaitetilaan mobilisoinnista

Malmin sairaalan valvontaosastolle

Anna Karppi ja Elina Knutas
Opinnäytetyö, kevät 2010
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Diak Etelä, Helsinki
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Karppi, Anna & Knutas, Elina. Hengityslaitetilaan kuntouttava hoitotyö – Opas hengityslaitetilaan mobilisoinnista Malmin sairaalan valvontaosastolle. Helsinki, kevät 2010, 70 s., 4 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä, Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK)

Opinnäytetyö on produktio joka koostuu oppaasta ja kirjallisesta raportista. Produktion tavoitteena oli tuottaa opas hengityslaitetilaan mobilisoinnista Helsingin terveystieteiden keskuksen akuuttisairaalaosaston Malmin päivystyksen valvontaosasto M1:lle. Produktio on työelämälähtöinen. Osastolla oli tarve tämänkaltaiselle oppaalle.

Opas on tarkoitettu osastolla työskentelevälle henkilökunnalle, erityisesti uusille työntekijöille sekä opiskelijoille, ja se on tuotettu kyseisen osaston toiveita ja tarpeita vastaavaksi ja käytänteitä noudattavaksi. Aineisto opasta varten on koottu haastattelemalla osaston henkilökuntaa sekä tutustumalla aiheita käsitteleviin tutkimuksiin, artikkeleihin ja muuhun kirjalliseen aineistoon.

Oppaan sisältö koostuu teemoista, jotka nousivat haastatteluista. Tällaisia ovat hoitajan osuus ja aktiivisuus sekä lääkärin ja fysioterapeutin osuus mobilisoinnissa avustamiseen. Muita oppaan teemoja ovat suunnitelmallisuus, hengitysvajauksessa käytettävien laitteiden huomioiminen mobilisoinnissa, potilaan valmistaminen, potilaan tarkkailu, omaisten osuus, mobilisoinnin esteet ja kuntouttava työote. Oppaassa käsitellään myös erilaisia tapoja avustaa potilasta mobilisoinnissa sekä raportointia ja kirjaamista valvontaosastolla.

Opinnäytetyön raporttiosuudessa käsittelemme tarkemmin hengityslaitetilaan kuntouttavaan hoitoon liittyviä seikkoja kuten näyttöön perustuvaa hoitotyötä, hengityslaittehoitoa ja vuodelevon vaikutuksia potilaaseen.

Aihe vaikuttaisi olevan ajankohtainen. Uusimpien tutkimusten valossa näyttää siltä, että mobilisointi tulisi aloittaa varhaisessa vaiheessa ja että se on pääosin turvallista. Lähtökohdiana oppaalle olikin kannustaa osaston henkilökuntaa varhaiseen mobilisoinnin aloittamiseen ja yhtenäistää kuntoutuksen käytäntöjä.

Asiasanat: hengityslaitetilas, mobilisointi, kuntoutus, voimavaraistaminen (empowerment), produktio.

ABSTRACT

Karppi, Anna and Knutas, Elina

Manual for the rehabilitation of mechanically ventilated patients.

70 p., 4 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2010.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing.

Degree: Nurse.

The aim of the thesis was to create a manual concerning the mobilization of the mechanically ventilated patients at the Malmi hospital. The purpose of the manual was to improve the rehabilitation of mechanically ventilated patients. The manual was made mainly for the new staff and students. The manual includes the main guidelines concerning the rehabilitation of the mechanically ventilated patients. The thesis was a production.

The material for the manual was collected by researching literature within the field of health care and by interviewing the employees at the ward. The interviews were conducted orally and we did not expect the interviews to be restricted in terms of topics. The main objective was to gain information concerning the ward conventions and potential problems with the mobilization. We interviewed four nurses and a physiotherapist working at the ward. In addition, this thesis covers information about evidence based nursing, nursing ventilated patients, mobilization and rehabilitation.

Together with the nurses the researchers were of the opinion that the mobilization should be started earlier because it is safe for the patients. The purpose of the manual was to encourage faster mobilization and to standardize the practice at the ward. The nurses of the ward were satisfied with the manual and it is now in use at the ward.

Keywords: mechanically ventilated patient, mobilization, rehabilitation, production

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 PRODUKTION LÄHTÖKOHDAT	8
2.1 Osasto M1 ja sen toiminta.....	9
2.2 Produktion tavoite ja keinot	10
3 NÄYTTÖÖN PERUSTUVA HOITOTYÖ VALVONTAOSASTOLLA	12
3.1 Näyttöön perustuva hoitotyö	12
3.2 Tehohoitotyö.....	13
4 HENGITYSVAJAUSPOTILAAN HOITO HENGITYSLAITTEIN	14
4.1 Hengitysvajaus ja ventilaativajaus	14
4.2 Hengitysvajauksen hoito	15
4.3 Noninvasiivinen ja invasiivinen hengityslaitehoito	16
4.4 Hengityslaitteesta vieroitus	17
5. PITKITTYYNEEN VUODELEVON VAIKUTUKSET POTILAASEEN	19
5.1 Vaikutukset potilaan fyysiseen toimintakykyyn.....	20
5.2 Vaikutukset psyykkiseen toimintakykyyn.....	21
6. HENGITYSLAITEPOTILAAN KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ.....	24
6.1 Potilaskeskeinen ja voimavaralähtöinen kuntoutus	25
6.1.1 Hoitajan rooli kuntoutuksessa.....	26
6.1.2 Omaisen rooli kuntoutuksessa.....	27
6.2 Kuntoutuksen erityispiirteet valvontaosastolla	28
6.2.1 Kommunikaation vaikeutuminen	29
6.2.2 Elintoimintojen tarkkailu ja esteet mobilisoinnille	30
6.2.3 Mobilisoinnin tehokkuus ja turvallisuus teho-osastolla tutkimusten kertomana	31
6.2.4 Hengityslaittepotilaan mobilisointi	35
6.2.5 Vesi-PEP -hoito	36
6.2.6 Kivun hoito	37
7 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN KUVAUS	39

7.1 Produktiivinen opinnäytetyö	41
7.2 Oppaan tekeminen.....	42
8 OPPAAN ARVIOINTI.....	46
8.1 Oma arvio oppaasta.....	46
8.2 Henkilökunnan palaute.....	47
9 POHDINTA.....	48
9.1 Luotettavuus ja eettisyys	48
9.2 Oma ammatillinen kasvu.....	50
9.3 Oma pohdintamme produktiosta	51
LÄHTEET	54

LIITE 1: OPAS HENGITYSLAITEPOTILAAN MOBILISOINTIIN

LIITE 2: OPAS VERSIO 1

LIITE 3: SAATEKIRJE JA HAASTATTELURUNKO M1:N HOITAJILLE

LIITE 4: FYSIOTERAPEUTTI VIRPI HAANPÄÄN HAASTATTELURUNKO

1 JOHDANTO

Kriittisesti sairaan potilaan kuntoutukseen on viime vuosina alettu kiinnittämään yhä enemmän huomiota. Vaikka valvontaosastolla hoidon päätavoitteena on potilaan hengenvaarallisen tilan väistyminen, on potilaan kokonaisvaltainen hoito vakavan sairauksenkin aikana ehdotonta. Potilaan toimintakyky ennen sairastumista on lähtökohtana kuntoutukselle, jonka tulisi alkaa jo potilaan saavuttua sairaalaan. Helsingin terveystieteiden keskuksen akuuttisairaalaosaston, Malmin päivystyksen valvontaosasto M1 tilasi opinnäytetyön hengityslaitepotilaan kuntouttavasta hoitotyöstä, jonka tarkoituksena oli tuottaa opas hengityslaitepotilaan mobilisoinnista Malmin sairaalan valvontaosastolle.

Hengityslaitepotilaan mobilisointi osana kuntouttavaa hoitotyötä on aiheena tärkeä, sillä siitä ei ole olemassa Helsingin kaupungilla täsmällisiä ohjeita. Hengityslaitetilaiden hoito on keskitetty Helsingin kaupungin sairaaloissa ainoastaan Haartmanin ja Malmin sairaaloiden päivystyksen valvontaosastoille. Molemmilla osastoilla on hoidettu potilaita yleisien ohjeistuksien ja hyväksi havaittujen hoitokäytäntöjen mukaisesti. Malmin sairaalan valvontaosastolla on koettu tarvetta saada hengityslaitepotilaan mobilisoinnissa huomioitavat asiat yhtenäiseksi kirjalliseksi ohjeeksi. Sairaalan fysioterapeuteille on ollut aiemmin ohjeistus aiheesta, mutta sitäkin tullaan uudistamaan. Hoitajan näkökulmasta ei aiheesta ole tähän asti ollut vastaavanlaista materiaalia. Osastolla M1 on päivitetty äskettäin myös hengityskoneiden teknisiä käyttöohjeita, joten työmme oli tämänkin vuoksi ajankohtainen. Osastolla ollaan myös kokoamassa sähköistä tietokantaa, joka sisältäisi erilaisia oppaita ja ohjeistuksia hoitotyöhön valvontaosastolla.

Opinnäytetyömme on produktio, jonka tavoitteena oli tuottaa hengityslaitepotilaan mobilisoinnista opas, joka sopisi valvontaosaston käyttötarkoitukseen sekä muodoltaan, että asiasisällöltään. Sen tarkoituksena oli potilaan ja hoitajien motivointi sekä mobilisoinnista johtuvien pelkojen hälventäminen. Oppaan tarkoitus oli koota yleisesti hyväksi havaittuja käytäntöjä ja yhtenäistää mobilisoinnissa käytettyjä keinoja. Kartoitimme tätä varten osaston tämän hetkisiä käytäntöjä haastattelemalla osaston fysioterapeuttia ja hoitajia

Alkukeskusteluissa osastolla nousi esille ajatus, että voisimme mahdollisesti hyödyntää opinnäytetyössämme maailmalla hyväksi havaittuja ja tieteellisesti todennettuja käytäntöjä. Opinnäytetyötämme varten olemme keränneet materiaalia haastattelujen, kirjallisen materiaalin ja tutkimusten pohjalta, jotta voisimme kartoittaa aiheeseemme liittyvää uusinta tietoa. Uusimman tutkimustiedon esille tuominen on osa työelämälähtöisyyttä oppaan ohella.

Tärkeitä aiheita opinnäytetyön sekä oppaan kannalta ovat kuntouttava hoitotyö ja hengityslaittepotilaan mobilisointi. Hoitajien ja potilaiden motivoiminen sekä pelkojen hälvettäminen on myös tärkeää hengityslaittepotilaan onnistuneen kuntoutuksen kannalta. Olennaista onnistuneessa kuntoutuksessa on potilaan voimavaraistaminen ja sitä kautta potilaan itsensä osallistuminen kuntoutukseensa. Tarkoitus oli lisäksi tuoda esille omaisten huomioon ottaminen potilaan olemassa olevana voimavarana sekä omaisten hyödyntäminen kuntoutuksessa. Potilaan jäljellä olevien voimavarojen mahdollisimman tehokas hyödyntäminen sekä mobilisoinnin merkitys osana kuntouttavaa hoitotyötä on tärkeää potilaan myöhemmän kuntoutumisen kannalta. Käsittelemme työssämme hengityslaittepotilaan kuntouttavaa hoitotyötä laajemmin. Kerromme myös vuodelevon vaikutuksista potilaaseen ja hengityslaitteista hengitysvajauspotilaan hoidossa.

Erityisesti opiskelijat sekä uudet työntekijät tulevat hyötymään oppaasta, jota voidaan käyttää osana perehdytystä. Kokeneemmat työntekijät tulevat hyötymään oppaasta työvälineenä perehdytyksessä ja opiskelijan ohjauksessa. Opinnäytetyön teoriaosuudesta kokeneemmat työntekijät voivat hyötyä saamalla uusinta ja ajantasaisinta tutkimustietoa aiheesta.

2 PRODUKTION LÄHTÖKOHDAT

Uusien tutkimusten valossa näyttää siltä, että hengityslaitetiloita voitaisiin mobilisoida jo varhaisemmassa vaiheessa kuin tällä hetkellä tehdään. Potilaita voitaisiin muun muassa avustaa tuoliin siirtymisessä ja istumaan nousussa aiemmin. Myös vuoteella suoritettava mobilisointi on tärkeää, varsinkin silloin, kun potilaan fyysinen kunto ei riitä vuoteen ulkopuolella suoritettavaan mobilisointiin. Mobilisointi tarkoittaa asento- hoitoa ja potilaan muuta liikuttamista joko passiivisesti tai potilaan ollessa aktiivisesti mukana. Mobilisointi on tärkeä osa kuntoutusta.

Selkeät ja yhtenevät käytänteet hengityslaitetilaan mobilisoinnista osastolla voisivat osaston fysioterapeutti Virpi Haanpään (2010) mukaan lisätä osastolla työskentelevien hoitajien, motivaatiota ja uskallusta hengityslaitetilaan varhaisempaan kuntoutuksen aloittamiseen. Hoitajilla tarkoitamme tässä työssä sairaanhoitajia sekä lähi- ja perushoitajia.

Kuntouttavassa työotteessa tulisi ottaa huomioon potilaan tulevaisuuden näkymät, kuten mahdollinen kotiutuminen jo kuntoutusta aloittaessa. Potilaan olemassa olevat fyysiset, psyykkiset sekä sosiaaliset voimavarat ovat tärkeässä asemassa kuntoutuksen kannalta. Osastolla tuli esille alkukeskusteluissa, että kuntoutumisen kannalta olisi hyödyllistä, jos omaiset voisivat olla osallisena kuntoutuksessa jo alusta lähtien. Mahdollinen kotiutuminen olisi näin turvallisempaa sekä potilaalle, että omaiselle. Tämä saattaisi myös osaltaan vaikuttaa hoitojakson lyhenemiseen.

Hengityslaitetilaan mobilisointia ja kuntoutusta on tutkittu viime vuosinakin melko vähän ja tutkimuksista ei ole juurikaan saatavilla suomenkielistä materiaalia. Varsinaisesti valvontaosastolla tapahtuvasta hoitotyöstä on vain vähän kirjallista materiaalia ja hoitotieteellistä tutkimusta. Tämän vuoksi olemme hyödyntäneet lähinnä teho-osastoille ja sisätautien vuodeosastoille suunnattua kirjallista materiaalia. Lisäksi olemme hyödyntäneet valvontaosaston henkilökunnan haastatteluja saadaksemme nimenomaan valvontaosastolla tapahtuvaa hoitotyötä esille. Malmin sairaalan valvontaosastolla ollaan motivoituneita päivittämään omaa osaamistaan. Paitsi hoitamaan valvontaa tarvitsevien potilaiden mahdollisesti hengenvaarallistakin tilaa parhaalla mahdollisella tavalla, osastolla

korostetaan myös kuntouttavaa työtettä. Myönteinen ilmapiiri kuntoutuksen ja opin-
näytetyöyhteistyömme suhteen vaikutti heti prosessin alkuvaiheessa positiivisesti op-
paan ja siihen liittyvien haastatteluiden toteutukseen.

2.1 Osasto M1 ja sen toiminta

Helsingin terveystieteiden keskuksen akuuttisairaalaosaston, Malmin päivystyksen valvontaosasto M1 toimii päivystysosaston tukena hoitaen aikuisia, yli 17-vuotiaita sisätauti-
potilaita, jotka tarvitsevat ympärivuorokautista valvontaa ja monitorointia. Valvontaosastolla on
kymmenen potilaspaikkaa. Osaston erityispiirteitä ovat hoitotilanteiden äkillisyys ja
potilaan tilassa tapahtuvat nopeat muutokset. Hoitotoiminnassa tarvitaan runsaasti hoi-
tovälineitä ja niiden asianmukaisen käytön osaaminen on tärkeää. Kriittisesti sairaan
potilaan hoidossa vaaditaan jatkuvaa toimintavalmiutta. (Perehdytyskansio 2005.)

Valvontaosastolla pyritään toteuttamaan yksilövastuista hoitotyön mallia (Perehdytys-
kansio 2005). Yksilövastuinen hoitotyö on vastakohtana tehtäväkeskeiselle hoidolle ja
sitä voidaan kutsua myös omahoitajamalliksi. Yksilövastuiselle hoitotyölle ominaista on
potilaan ja hoitajan välinen suora kommunikaatio, potilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta
huolehtiminen, vastuunotto yhdestä potilaasta sekä vastuu ja päätöksenteko. (Hjerpe
2008, 3.) Henkilökunnan vaihtuvuus yhden potilaan kohdalla yritetään minimoida, jotta
kokonaisvaltainen hoitotyö toteutuisi (Perehdytyskansio 2005). Valvontaosastolla tapah-
tuvassa yksilövastuisessa hoitotyössä on kuitenkin osallisena muu moniammatillinen
ryhmä, johon kuuluvat hoitajien lisäksi fysioterapeutti sekä lääkäri.

Fyysisten toimintojen lisäksi osastolla pyritään tukemaan potilaan ja hänen omaistensa
psykkistä hyvinvointia mahdollisuuksien mukaan. Potilasohjausta ja hoitoa toteutetaan
potilaan yksilöllisten tarpeiden ja tilanteen mukaisesti. (Perehdytyskansio 2005.)

2.2 Produktion tavoite ja keinot

Opinnäytetyömme on produkti ja sen tavoitteena oli tuottaa toiveiden ja tarpeiden mukainen opas (Liite 1) osaston henkilökunnan tarpeisiin. Hoitajat toivoivat, että opas olisi muutaman sivun mittainen, selkeä ja nopeasti luettava. Tällöin sitä olisi mahdollista lukea työn lomassa keskeytyksettä, sillä akuutilla osastolla työtahti on kiireinen. Tavoitteenamme oli myös lisätä tietämystämme hengityslaitepotilaan hoitotyöstä sekä voimavara- lähtöisestä kuntouttavasta hoitotyöstä jossa potilas, omaiset, hoitajat sekä muu moniammatillinen ryhmä toimivat yhteistyössä.

Opinnäytetyössämme käytimme kirjallisuutta, lehtiartikkeleita, internetiä ja uusia hoitotieteellisiä tutkimuksia. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöitä olemme käyttäneet hyvän opinnäytetyön rakenteen hahmottamiseksi. Haastattelimme osastolla työskenteleviä hoitajia sekä fysioterapeuttia käytänteistä hengityslaitepotilaan mobilisoinnissa. Lisäksi hyödynsimme myös ulkomaisia tutkimuksia ja artikkeleita aiheeseen liittyen, jotta saimme tuotua kansainvälistä ja mahdollisimman tuoretta näkökulmaa työhömmme.

Muun muassa Hopkins ja Spuhler (2009) ovat kehittäneet erityisen “Aikaisen aktivoinnin strategian” (Strategies for promoting early activity in critically ill mechanically ventilated patients), jossa kannustetaan hoitajia aikaiseen potilaan kuntoutuksen aloittamiseen. Hopkinsin ja Spuhlerin mukaan tehohoidon menetelmiä tulisi muuttaa, jotta aikainen aktivointi on mahdollista. Morris ym. (2008) ovat puolestaan kehittäneet Mobility Protocol-ohjelman, joka muodostuu neljästä toimintatasosta. Toimintatasot ja tarkemmat kuvaukset myös muista aiheeseen liittyvistä tutkimuksista on esitelty luvussa 6. Protokollaa toteuttavat tehohoitaja, fysioterapeutti sekä lähihoitaja ja se vaikuttaa fysioterapian aikaiseen aloittamiseen.

Lähivuosina siis aiheessa on edetty jonkin verran ja uusia käytäntöjä on muodostettu hengityslaitepotilaan kuntoutukseen liittyen, mutta monet näistä tavoista eivät ole Suomessa ainakaan kovin yleisessä käytössä, kuten hengityslaitepotilaan kävelyttäminen. Olemme käyttäneet muun muassa edellä mainittuja tutkimuksia opinnäytetyömme lähteinä, mutta itse produktiin, oppaaseen, emme uusia käytänteitä tässä vaiheessa siirtäneet.

Tämän hetkistä hoitokäytänteistä, niiden hyvistä puolista ja työelämästä nousseista kehittämisideoista, hankimme tietoa osaston henkilökuntaa haastatteleamalla. Hoitajien haastatteleminen tarkoituksena oli saada tietoa valvontaosaston toimintaperiaatteista sekä siitä, mitä oppaaseen haluttaisiin. Tarkoitus oli myös selvittää, mistä asioista hoitajat toivovat lisätietoa. Haastatteluiden tavoitteena oli kerätä tietoa yhtenäisen oppaan luomiseksi hoitajilta, jotka tuntevat juuri kyseisen osaston toiminnan ja sitä ohjaavat periaatteet. Haastattelimme osastonhoitajaa, fysioterapeuttia sekä neljää osastolla työskentelevää hoitajaa.

Haastattelut toteutettiin ennalta tekemämme haastattelurungon pohjalta. (Liitteet 3 ja 4) Haastattelut olivat keskusteluluonteisia jolloin saatoimme esittää lisäkysymyksiä ja haastateltavilla oli mahdollisuus kertoa asioista joista emme olleet haastattelurungossa maininneet. Lähetimme sähköpostilla haastattelurungon etukäteen haastateltaville työntekijöille, mutta emme pyytäneet heitä kirjoittamaan valmiita vastauksia kysymyksiin. Haastattelurunkojen lähettämisen tarkoituksena oli lähinnä orientoida hoitajia sekä fysioterapeuttia aiheeseen. Osastonhoitaja antoi luvan haastatella muutamaa (n=4) osastolla työskentelevää hoitajaa ja sopi yhdessä hoitajien kanssa keitä heistä tulisimme haastattelemaan. Fysioterapeutin kanssa sovimme haastattelusta erikseen.

3 NÄYTTÖÖN PERUSTUVA HOITOTYÖ VALVONTAOSASTOLLA

3.1 Näyttöön perustuva hoitotyö

Näyttöön perustuva hoitotyö (evidence based nursing) määritellään parhaan ajan tasalla olevan tiedon arvioinniksi ja käytöksi potilaan, potilasryhmän tai väestön terveyttä ja hoitoa koskevassa päätöksenteossa sekä toiminnan toteutuksessa. Kyse on siis tiedosta, päätöksenteosta, toteutuksesta sekä tuloksesta ja sen arvioinnista. Perustana on näyttö, jonka perusteella tulosta arvioidaan. (Lauri & Leino-Kilpi 2003, 7.)

Hoitotieteellä ei ole yhteneviä näytön asteen määrittelykriteereitä, mutta yleisesti on käytössä kuitenkin jaottelu neljään näytön luokkaan (Lauri 2003, 35–36). Vahvalla näytöllä tarkoitetaan, että tuloksia tukevat useat kokeellisesti kontrolloidut monikenttätutkimukset. Kohtalaisella näytöllä on siihen verrattuna vähemmän kontrolloituja tutkimuksia, vähintään yksi ja lisäksi useita kvasikokeellisia tai ei-kokeellisia tutkimuksia. Heikko näyttö on kyseessä, mikäli käytettävissä on ainoastaan ei-kokeellisia tutkimuksia, kuten laadullisia tai vertailevia tutkimuksia. Jos suositusta tukevaa tutkimusta ei ole, voidaan nähdä, ettei näyttöä ole lainkaan. Kuitenkin hoitosuositus voidaan antaa ilman näyttöäkin, mikäli arvostetut asiantuntijat sitä tukevat. Tällöin suositus ei siis perustu näyttöön. (Salanterä & Hupli 2003, 36.)

Näyttöön sisältyy oletus, että toimintaa voidaan toteuttaa objektiivisen arvion perusteella ja siltä pohjalta tehdä parasta ja tuloksekkainta hoitotyötä. Toiminta, tulos ja sen arviointi perustuu näyttöön ja se voidaan luokitella kolmeen osaan, tieteellisesti havaittuun tutkimusnäyttöön, hyväksi havaittuun toimintanäyttöön sekä kokemukseen perustuvaan näyttöön. (Lauri & Leino-Kilpi 2003, 7.)

Näyttöön perustuvalla hoitotyöllä tarkoitetaan siis hoitotyötä, joka pohjautuu tieteellisen tutkimusnäytön, hyväksi havaittujen käytänteiden ja kokemukseen perustuvan näytön varaan. Ei siis riitä, että hoitaja toimii siltä tuntumalta, joka hänellä on, vaan hänen pitäisi osata soveltaa teoriaa käytäntöön ja hoidon tulisi perustua tutkittuun tietoon. Näyttöön perustuvuuden tulisi olla näkyvää eli tutkitun tiedon ja uusien tutkimustulosten pitäisi vaikuttaa potilaan hoitoon ja näkyä hoitajan tavoissa työskennellä.

3.2 Tehohoitotyö

Tehohoito on vaikeasti sairaiden potilaiden hoitoa, jossa potilasta tarkkaillaan keskeytymättä ja hänen elintoimintojaan valvotaan ja tarvittaessa pidetään yllä erikoislaittein. Tavoite on voittaa aikaa perussairauden hoitamiseen torjumalla ja estämällä hengenvaara. Tehohoito vaatii moniammatillista osaamista sekä riittäviä resursseja ja tietämystä. (Suomen Tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 1997.)

Tehohoitotyön eettisiin periaatteisiin kuuluu Suomen tehohoitoyhdistyksen eettisten ohjeiden (1997) mukaan elämän säilyttäminen, kärsimysten lievittäminen, lisähaittojen välttäminen, potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, totuudellisuus, oikeudenmukaisuus, potilaan vajaa päätöksentekokyky tehohoidossa, kuoleva potilas tehohoidossa sekä turha hoito. Pettilän (2001, 484) mukaan teho-osastoilla pitäisi hoitaa ensisijaisesti sellaisia potilaita, joilla on ohimenevä hengenvaarallinen tila. Potilaalla tulisi olla selviytyttyään mahdollisuudet normaaliin elämään hoidon jälkeen ja turhaa tehohoitoa tulisi välttää.

Valvontaosastolla toteutetaan tehohoitotyötä hengityslaittepotilaiden kohdalla. Potilaita ja heidän elintoimintojaan tarkkaillaan jatkuvasti ja pidetään tarvittaessa yllä koneellisesti tai lääkkein. Myös kuntouttava hoitotyö tapahtuu tehohoidon sallimissa rajoissa. Kriittisesti sairaan potilaan hoidossa tarvittava laitteisto tuo haasteita tullessaan kuntouttavaan hoitotyöhön. Kuntouttavan hoitotyön erityispiirteitä valvontaosastolla ovat muun muassa kriittisesti sairaan potilaan voinnin ja tilan muutosten seuraaminen mobilisoinnin aikana, elintoimintoja tarkkailevien ja elintoimintoja ylläpitävien laitteistojen hallinta sekä nopea reagointi potilaan tilan muutoksiin. Ammatillinen toiminta kokemuksen ja uusimman parhaan tiedon mukaisesti sekä taito niiden yhdistämiseen on tärkeää, jotta potilas voisi saada parasta mahdollista hoitoa.

4 HENGITYSVAJAUSPOTILAAN HOITO HENGITYSLAITTEIN

Tässä luvussa kuvaamme työmme kannalta keskeisimpiä hengityksen tukimuotoja sekä niiden tarpeeseen johtavia tekijöitä. Hengityslaittepotilaan hoidossa tulee ottaa huomioon potilaan kokonaistilanne ja hänen kokonaisvaltainen hoitonsa. Näitä asioita tulemme käsittelemään myöhemmässä vaiheessa opinnäytetyötämme. Tämän vuoksi keskitymme tässä luvussa ainoastaan hengityslaittehoitoihin ja syihin niiden käyttöön. Hengityslaitte-termini käsittää hengitystä avustavat laitteet, kuten CPAP ja Bi-PAP -laitteet sekä hengityskoneen eli respiraattorin.

4.1 Hengitysvajaus ja ventilaatiovajaus

Keuhkojen tehtävänä on siirtää happea sisäänhengitysilmaasta verenkiertoon ja poistaa hiilidioksidia verenkierrosta ulkoilmaan. Hengitysvajauksessa kaasujen vaihto keuhkojen ja verenkierron välillä on heikentynyt. Tämän heikkenemisen seurauksena kehittyy hypoksemia, jolla tarkoitetaan tilannetta jossa valtimoveren happiosapaine (PaO_2) alenee ja hiilidioksidiosapaine ($PaCO_2$) nousee. (Brander & Vuori 2000, 63.) Hypoksemiaapotilaan veressä ei ole riittävästi happea ja tilanne tulee korjata, jotta ei synny hengenvaarallista tilaa. Veren hemoglobliinipitoisuus sekä sydämen pumppausteho vaikuttavat myös osaltaan kudosten hapentarjontaan (Brander & Vuori 2000, 63).

Hengitysvajaus jaotellaan kahteen päätyyppiin: keuhkorakkuloiden kaasujenvaihtohäiriöön ja ventilaatiohäiriöön. Nämä voivat esiintyä myös rinnakkain samalla henkilöllä. Kaasujenvaihtohäiriössä hypoksemia on vallitseva löydös ja hiilidioksidipitoisuus voi olla joko normaali tai alentunut. Ventilaatiovajauksessa taas keuhkotuuletuksen heikentyminen johtaa hiilidioksidipitoisuuden nousemiseen. Tämä taas voi johtaa hypoksemiaan. (Brander & Vuori 2000, 63.)

Akuutti hengitysvajaus ei ole itsenäinen sairaus vaan elinten toimintahäiriö. Se liittyy keuhko-, keuhkoverenkierto-, keskushermosto-, hengityslihaskä ja rintakehän sairauksiin. Ventilaatiohäiriöön mahdollisesti johtavia sairauksia ovat muun muassa keskushermoston lamaantuminen, hermo- tai lihassairaudet, COPD, synnynnäiset epämuo-

dostumat ja liikalihavuus. Kaasujenvaihtohäiriöön taas voivat johtaa keuhkopöhö, keuhkokuume, keuhkoveritulppa ja keuhkokudoksen levinneet sairaudet. (Käypähoito 2009.)

4.2 Hengitysvajauksen hoito

Lievää hengenahdistusta tai hengitysvajasta voidaan hoitaa ilman hengityslaitteita antamalla potilaalle lisähapetta joko happiviiksillä tai happimaskilla. Keskitymme kuitenkin tässä luvussa erityisesti hengityslaittehoitoon hengitysvajauksen hoidossa, sillä se on työmme kannalta keskeisin hengitysvajauksen hoitomuoto.

Akuutti hengitysvajaus on äkillinen elintoimintahäiriö, jossa elimistön tasapainoa uhkaa hypoksemia tai respiratorinen asidoosi. Hengitysvajauksen syntyyn voivat vaikuttaa hyvin erilaiset sairaudet. Näistä esimerkkejä ovat sydämen vasemman kammion vajaatoiminta, postoperatiiviset tilat eli leikkauksen jälkitilat sekä erilaisiin vammoihin liittyvät hengitysongelmat. (Valta & Varpula 2003.) Respiratorisella asidoosilla tarkoitetaan tilaa, jossa veren liian korkea hiilidioksidipitoisuus johtuen hengityksen vajauksesta aiheuttaa happamuustilan elimistössä.

Hengityslaittehoito on tavallisin elintoimintojen tukimuoto teho-osastolla. Hengitysvajauksesta kärsii noin 80 % hengityslaittehoitoa vaativista potilaista. Hengitysvajaus vaatii välittömiä hoitotoimenpiteitä silloin, kun veren happikyllästeisyys laskee alle 90 %, hiilidioksidin kertyminen aiheuttaa respiratorisen asidoosin (PH alle 7.35) tai hengitystaajuus on yli 25/min. (Käypähoito 2009.)

Hypoksemiapotilas hyötyy ensisijaisesti sisäänhengitysilman happipitoisuuden nostamisesta. Vaikeassa hypoksemissa tarvitaan happihoidon lisäksi mekaanisia tukitoimia eli hengityslaitteen käyttöä. Hengityslaittehoito tehostaa keuhkotuuletusta ja näin ollen myös hiilidioksidin poistumista. Mekaaniseen ventilointiin voidaan yhdistää myös happihoito sekä jatkuvasti positiivisena pidetty ilmatiepainne. (Brander & Vuori 2000, 63.)

Kun mekaaninen ventilointi toteutetaan keinoilmatien eli intubaatio- tai trakeostomiaputken kautta, puhutaan invasiivisesta ventilaatiosta. Kun taas keinoilmatietä ei ole

käytössä, puhutaan noninvasiivisesta ventiloinnista. Tällainen ventilointi voidaan toteuttaa esimerkiksi naamarin avulla. (Brander & Vuori 2000.) Noninvasiivisen ventiloinnin aikana potilasta on tarkkailtava jatkuvasti. Mikäli potilaan tajunnan taso heikkenee, hengitystyö lisääntyy kriittisesti tai hengitys pysähtyy kokonaan, on avattava keinoilmatie. (Käypähoito 2009.)

4.3 Noninvasiivinen ja invasiivinen hengityslaitehoito

Noninvasiivinen ventilointi (NIV) on hengityslaitteella toteutettavaa ventilointia ilman tekoilmatieitä (intubaatioputki tai trakeostomia) (Käypähoito2009). Sitä voidaan pitää hyvänä potilaille, joiden tilan katsotaan voivan parantua melko nopeasti, eikä hengitysvajaus ole kohtalaista vakavampi (Valta & Varpula 2003). Vasta-aiheita NIV:lle ovat hengityksen tai sydämen pysähdys, epävaka hemodynamiikka, tajuttomuus, vaikea sekavuus, tuore kasvojen tai ylähengitysteiden vamma tai leikkaus, ilmarinta ilman toimivaa pleuradreeniä sekä oksentelu. Hoidon seuranta edellyttää jatkuvaa monitorointia sekä verikaasuanalyysyjä. (Käypähoito 2009.)

Ensisijaisesti käytetään painetukiventilaatiota johon yhdistetään positiivinen uloshengityspaine. Näitä ventilaatiomuotoja ovat BiPAP (bilevel positive airway pressure) ja PAV (proportional assist ventilation). (Käypähoito 2009.) CPAP-hoito on myös tavallinen noninvasiivinen hengityslaitehoitomuoto joka on valvontaosastolla käytössä Bi-PAP:in ohella.

CPAP-naamarihoidolla tarkoitetaan kasvo- tai nenänaamarin avulla toteutettavaa jatkuvaa positiivista ilmatiepainehoitoa (Käypähoito 2009). CPAP-hoidossa olevan potilaan tulee hengittää spontaanisti. Positiivinen ilmatiepaine pitää hengitystiet auki ja parantaa kaasujenvaihtoa. Se myös vähentää hengitystyötä. CPAP-hoitoa käytetään esimerkiksi hypokseemisen hengitysvajauksen hoidossa esimerkiksi keuhkokuumeen, keuhkopöhön ja atelektaasin hoidossa (Brander & Vuori 2000.)

CPAP-hoidossa olevan potilaan on oltava ko-operoiva ja ylähengitysteiden on oltava avoinna. Potilaan limaneritys ei saa myöskään olla runsasta eikä pahoinvointia saa esiintyä aspiraatorisikin vuoksi. Potilasta tulee tarkkailla jatkuvasti, sillä pahoinvointia voi esiintyä joko CPAP-hoidosta tai taustalla olevasta sairaudesta johtuen. Potilaan tila voi muuttua nopeastikin.

Hengityslaitehoito aloitetaan yleensä noninvasiivisella ventilaatiolla mutta jos niiden tehon ei katsota riittävän, on tarpeen käyttää invasiivista ventilaatiota. (Valta & Varpula 2003.) Invasiivinen ventilaatio on hengityslaitehoitoa intubaatioputken tai trakeostomiaputken kautta (Käypähoito 2009). Tällaista hengitysmuotoa voidaan harkita, mikäli ventilaattorin tarve on yli puolet vuorokaudesta. Trakeostomiaputken käytön yhteydessä potilas pystyy yleensä puhumaan ja nielemään ongelmitta sekä mobilisointi helpottuu. (Brander & Vuori 2000.)

Mekaanisesti ventiloitavat potilaat tarvitsevat useimmiten rauhoittavan lääkityksen ja puudutteita tai lääkkeellisen nukuttamisen sietääkseen intubaatioputken aiheuttaman kivun, liikkumattomuuden ja hengitysvajaukseen liittyvän hengenahdistuksen. (Valta & Varpula 2003.)

4.4 Hengityslaitteesta vieroitus

Vieroitus on oleellinen osa hengityslaitehoitoa ja viekin lähes puolet hengityslaitetoajasta. Tärkeä osa vieroitusta on systemaattinen suunnitelma sekä päivittäinen arviointi hengityslaitehoidon tarpeeseen. Hengityslaitteesta vieroittamisen yhteydessä potilas vieroitetaan myös mahdollisista rauhoittavista ja kipulääkkeistä. (Valta & Varpula 2003.)

Jotta potilas voidaan vieroittaa hengityslaitteesta, tulee hengityslaittehoitoon johtanut sairaus olla ainakin osittain korjaantunut. Hoitotietojen kirjaaminen on tässä vaiheessa hengityslaittehoitoa erittäin tärkeää, sillä sen avulla voidaan seurata vieroituksen edistymistä ja potilaan kokonaisvointia. (Larmila 2010, 77.)

Potilas on valmis hengityslaitteesta vieroitukseen kun verenkierto on vakiintunut ja ventilaatiotarve on enintään 15 litraa minuutissa. Kaasujenvaihto-ongelmia ei myöskään saisi esiintyä. Potilaan lihasvoiman tulee olla riittävä, jotta hän jaksaa yskiä ja nostaa päätään tyynyltä. Potilaan tulee myös olla tajuissaan ja ko-operoiva. (Larmila 2010, 77.)

Vieroittaminen hengityslaitteesta aloitetaan lyhyillä, alle 30 minuuttia kestäväillä vieroitteluharjoituksilla siihen asti, kunnes potilas jaksaa olla ilman hengityslaitetta 30 minuuttia. Vähitellen aikaa ilman hengityslaitetta lisätään, kunnes potilaan vointi ilman hengityslaitetta sietää sen käytön lopettamisen kokonaan. (Larmila 2010, 79.) Mikäli potilas on ollut intuboituna hengityskonehoidon ajan, on vieroitus mahdollista CPAP:in avulla (Valta & Varpula 2003).

Vieroituksen aikana potilaan tulee olla koko ajan monitoroituna. Paras vieroitusasento on 45 asteen kohoasento. Vieroitus voi tuntua potilaasta epämiellyttävältä. Hoitajan antama kannustus ja tarkka kuvaus siitä, mitä tehdään, on potilaalle tärkeää. Potilaan huomion siirtäminen muihin asioihin ja toimintoihin kuten esimerkiksi television katseluun, voi olla avuksi. (Larmila 2010, 78.)

5. PITKITTYYNEEN VUODELEVON VAIKUTUKSET POTILAASEEN

Käsitlemme tässä luvussa pitkittyneen vuodelevon vaikutuksia potilaaseen. Potilaan pitkittynyt vuoteessa olo aika on kuntoutusta ja potilaan paranemista hankaloittava tekijä. Siksi on tärkeää, että hoitaja tietää vuodelevon vaikutuksista potilaan toimintakyvyn ylläpitämiseen ja paranemiseen. Sairaalahoitoon liittyvä vuodelepo vaikuttaa ihmisen psyykkiseen sekä fyysiseen toimintakykyyn. Fyysisiä ja psyykkisiä toimintakykyyn vaikuttavia asioita voi olla toisinaan vaikea erottaa toisistaan, sillä ihminen on psykofyysinen kokonaisuus.

Äkillinen sairastuminen, joka johtaa vuodelepoon ja liikkumattomuuteen merkitsee valtavaa muutosta ihmisen koko elimistölle. Ihmisen keho pysyy täysin toimintakykyisenä vain, kun hän kuormittaa kehoaan ja liikkuu. Paikallaan olo sekä vuodelepo ovat haasteita tälle prosessille. Vuoteessa olo ajan tulisi olla mahdollisimman lyhyt ja mobilisointi tulisi aloittaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. (Kähäri–Wiik, Niemi & Rantanen 2006, 79.)

Valvontaosaston toimintaperiaatteisiin kuuluu, että mobilisointi aloitetaan heti, kun se on mahdollista, sillä aikainen mobilisointi on edellytys potilaan selviytymiselle. Burtinin (2009) mukaan mobilisoinnista saatavat hyödyt ovat merkittäviä verrattuna siitä aiheutuviin haittoihin. (Lakanmaa & Leino-Kilpi 2010, 27.) Liian aikainen mobilisoinnin aloittaminen saattaa silti aiheuttaa potilaan tilan romahtamisen. Kuitenkaan ongelmia ei edes yleensä tule vastaan mobilisoinnista johtuen ja liikkumisen puute puolestaan on este potilaan paranemiselle. (Hoitajat 2010.) Bailey ym. (2007) osoittavat tutkimuksessaan, että mobilisointi on turvallista oikein toteutettuna (Hopkins & Spuhler 2009). Bahadurin (2008) mukaan hoitajan pelot ovat suurin este mobilisoinnin varhaiseen aloittamiseen (Lakanmaa & Leino-Kilpi 2010).

5.1 Vaikutukset potilaan fyysiseen toimintakykyyn

Toimintakykyä alentavat muun muassa vuodelevosta johtuvat univaikeudet ja lihasten heikkeneminen (Winkelman 2009). Paikallaan olo vaikeuttaa myös verenkierron toimintaa hidastamalla laskimoverenkiertoa. Vuodelevon seurauksena voi myös aiheutua turvotusta sekä riski laskimotukosten syntymiseen kasvaa. (Winkelman 2009; Kähäri-Wiik ym. 2006, 85.) Myös selkäkipuja havaitaan monilla pitkään vuodelevossa olemaan joutuneilla (Winkelman 2009). Lisäksi liikkumattomuus voi aiheuttaa painehaavoja. Winkelmanin, Higgingsin ja Chenin (2005) mukaan kriittisesti sairaan mobilisointi koostuu liian usein vain kääntämisestä ja liikeratojen ylläpitämisestä (Lakanmaa & Leino-Kilpi 2010, 28).

Fyysisesti aktiivisesti toimiessaan ja hengityselimiä kuormittaessaan ihminen hengittää luonnostaan tehokkaasti. Yskiminen ja limaneritys normaalioloissa myös vähentävät komplikaatioita. Tällöin hengitystiet pysyvät puhtaina ja keuhkojen eri osat tuulettuvat, mikä vähentää hengitystieinfektioon sekä keuhkokuumeeseen sairastumisen riskiä. (Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen 2006,80–81.)

Pystyasento ja liikkuminen tehostavat keuhkojen toimintaa. (Iivanainen & Kuha 2001, 385–386.) Perme ja Chandrashekar (2009) kertovat artikkelissaan, että tehokkaastikaan toteutettu passiivinen eikä aktiivinen mobilisointi vuoteessa tai asentohoito eivät korvaa pystyasentoa, sillä verenkierto toimii parhaiten ihmisen liikkeessä pystyasennossa.

Painehaavoja kehittyy erityisesti potilaille jotka joutuvat olemaan pitkiä aikoja vuodelevossa. Ne syntyvät sellaiselle ihoalueelle, jossa luu painaa ihoa ja estää sen normaalia verenkiertoa. Painehaavojen kehittymiselle riskitekijöitä ovat alipaino ja heikko yleiskunto. Tavallisimmin painehaavat syntyvät lonkkiin, alaselkään ja kantapäihin. Painehaavat voivat myös kehittyä erittäin suuriksi ja syviksi. (Huovinen 2009.)

Painehaavojen ennaltaehkäisyssä pitää ottaa huomioon paineen poisto ja taseus näihin tarkoitettujen apuvälineiden avulla, ihonhoito, ravitseminen ja inkontinenssin hoito. Koskeus painehaavalle riskialttiilla alueella on myös poistettava painehaavojen ehkäisemiseksi. Vireystila ja potilaan liikkuminen ovat myös avainasemassa painehaavojen ehkäisyssä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2006.) Erilaisten sairauksien sekä sairaalassa-

oloon liittyvän pitkän vuodelevon seurauksena potilaan verenkierto usein heikkenee, joka edes auttaa osaltaan painehaavojen syntymistä. Myös nämä asiat tulee ottaa huomioon painehaavojen ehkäisyssä ja jo syntyneiden painehaavojen hoidossa.

Potilaan aikainen mobilisointi sekä asentohoidon ja muun mobilisoinnin osalta on siis merkittävä painehaavoja ehkäisevä toimenpide. Painehaavojen ehkäisy on aloitettava jo heti potilaan saavuttua osastolle. Mobilisoinnin lisäksi painehaavoja voidaan ehkäistä oikeanlaisilla painehaavoja ehkäisevillä tuotteilla, esimerkiksi anti-decupituspatjoilla. Hyvä hygienia, oikea ravitsemus, ihon kunnan hoito sen vielä ollessa ehjä sekä paineen kasautumisen välttäminen tiettyyn kohtaan ovat hyvin toteutetun asentohoidon ja liikumisen ohella tärkeässä asemassa painehaavojen ehkäisyssä. Painehaavojen synty tulisi ehkäistä, sillä niiden hoitaminen varsinkin huonokuntoisilla potilailla voi olla vaikeaa. Suuri painehaava voi myös vaikuttaa siihen minkälaista mobilisointi on. Jos painehaava kehittyy sellaiselle kohdalle, että potilaan istuminen esimerkiksi tuolissa on mahdotonta, muuttuu tilanne kuntouttavan hoitotyön kannalta haasteellisemmaksi.

Pitkän vuodelevon vaikutukset potilaan fyysiseen toimintakykyyn ovat selvät. Vuodelevosta aiheutuvat komplikaatiot, kuten hengitys- ja verenkiertoelimistön komplikaatiot, lihasheikkous sekä painehaavojen synty voitaisiin mahdollisesti ehkäistä varhain aloitetulla mobilisoinnilla. Fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavat suuresti myös psyykkiset tekijät, kuten stressi ja masennus.

5.2 Vaikutukset psyykkiseen toimintakykyyn

Tehohoidossa olleilla potilailla elämänlaatu on usein heikompaa, liittyen tehohoidosta seuraavaan itsenäisen selviytymisen vaikeutumiseen sekä tätä kautta tapahtuvaan psyykkisen kunnan heikentymiseen (Hopkins & Spuhler 2009). Ihminen menettää usein oman autonomiansa ja tunteen itsensä kontrolloinnista, sairaalassa ollessaan. Myös potilaan yksityisyys ja intymiteettisuoja alenee. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) määrittää, että potilasta on kohdeltava niin, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja että potilaan vakaumusta ja yksityisyyttä tulee kunnioittaa. Hoitajan keinoja tilanteessa on mahdollisimman hienovarainen toiminta. Myös toimintakyvyn alentuminen ja osaston määrittämät rytmit vaikuttavat potilaan psyykkiseen vointiin. Sairaanhoidajan perusteh-

täviin kuuluukin ymmärtää sairaalaympäristön ja vuodelevon psyykkiset vaikutukset potilaaseen. Sairaalaympäristö ja paikoillaan oleminen voivat olla stressiä tai jopa masennusta aiheuttavia tekijöitä.

Stressi vaikuttaa koko elimistön toimintaan autonomisen eli tahdosta riippumattoman hermoston kautta. Autonominen hermosto jakaantuu sympaattiseen ja parasympaattiseen hermostoon ja niillä on usein vastakkaiset vaikutukset kohde-eliimiin. Elimistön toimintaan vaikuttaa niiden välinen tasapaino, joka häiriintyy stressin vuoksi. (Leppänen, Aho, Harju & Gockel 1999, 9-10.) Stressitilassa elimistö reagoi ärsykkeisiin sekä psyykkisesti että fyysisesti. Stressireaktiona voi ilmetä jännittyneisyyttä, aggressiivisuutta, rauhattomuutta ja uupumusta. Perimä, luonne, sopeutumiskyky ja reagoititapa eri tilanteissa heijastuvat elinreaktioihin. Stressin vaikutus kohdistuu sydämeen ja verenkiertoelimistöön, aivojen toimintaan sekä immunologiseen puolustusjärjestelmään. (Leppänen ym. 1999, 9-10,12).

Akuutti voimakas stressi kohottaa sydämen sykettä ja iskuvoimaa ja parantaa lihaksen toimintakykyä tehostamalla sen aineenvaihduntaa. Stressi laajentaa keuhkoputkia, lisää varastosokerin ja rasvan vapautumista verenkiertoon sekä lisää lisämunuaisen adrenaliinin sekä noradrenaliinin tuottoa. Tämän lisäksi akuutti stressi aktivoi kipukontrollijärjestelmää. Vähäinen stressi voi jopa parantaa vastustuskykyä hetkellisesti. Ihmisen valmiudet reagoida paranevat uhkatilanteessa näistä syistä. (Leppänen ym. 1999, 9,12)

Pitkittynyt stressitila aiheuttaa psyykkisen sekä fyysisen toimintakyvyn alenemista. Se voi aiheuttaa keskittymiskyvyn ja muistitoimintojen heikentymistä. Pitkittyneessä stressitilanteessa ihminen uupuu ja se voi näkyä toiminnallisina oireina. Toiminnallisia oireita ovat muun muassa pahoinvointi, vatsakipu, tasapainon epävarmuus, heikotuksen tunne jaloissa, koko kehon hikoilu ja lihasten nykinä. Lisäksi infektioherkkyys lisääntyy. (Leppänen ym. 1999, 11–12.)

Stressin ja paineen alla ihminen voi kokea toivottomuutta ja alkaakin reagoida passiivisesti. Pitkittynyt stressi voi johtaa vetäytymiseen. Ihminen kokee avuttomuutta ja masennusta. (Leppänen ym. 1999, 9) Masennuksen oireita voivat olla: jatkuva alakuloisuus tai ylivilkkaus, kiinnostuksen ja mielihyvän tunteen sekä ruokahalun tunteen menettäminen. Potilas voi kokea halua eristäytymiseen, jopa niin, että ei halua tavata edes lä-

hiomaisiaan. Hän voi kokea myös kuoleman ajatuksia ja kärsiä unettomuudesta tai liikaunisuudesta. (Hellman 2007, 13.)

Rentoutuminen ja fyysisen kunnon kohentaminen on tärkeää, sillä se korjaa stressin aiheuttamaa tahdosta riippumattoman hermoston tasapainohäiriötä (Katajainen, Lippinen & Litovaara 2003, 44). Liikkuminen parantaa yleiskuntoa ja tuottaa psyykkisen hyvänolon tunteen. (Sundqvist 2007, 11.)

Potilas saattaa kokea aluksi toivottomuutta liikkumisen vaikeudesta johtuen. Sen vuoksi on tärkeää, että hoitaja kannustaa potilasta kaikissa tilanteissa. Kuntoutuksen hieman edetessä voi vedota lähtötilanteeseen ja muistuttaa potilasta siitä, että kehitystä on tapahtunut. Näin potilas huomaa itse edistymisen ja se kannustaa jatkamaan harjoittelua. Kuntoutuminen vaikuttaa potilaan elämänlaatuun positiivisesti. Kuntoutuksen edetessä liikkuminen helpottuu, jonka ansiosta potilas kokee onnistumisen tunteita ja mahdollinen masentuneisuus ja huoli omasta terveyden tilastaan hälvenee.

Potilaan psyykkinen tila jää resurssien ja ajan puutteen vuoksi usein huomiotta. Potilaan elämänlaatu saattaa heikentyä vaikka hän saisikin fyysiseen sairauteensa hyvää hoitoa. (Hellman 2007, 13.) Joskus potilaille aloitetaan mielialalääkitys, jos sairaalassaoloaika pitkittyy viikoiksi ja kuukausiksi. Hoitaja voi kuitenkin omalla toiminnallaan kuten kuuntelemalla, keskustelemalla ja rauhallisella läsnäolollaankin lieventää potilaan huolta ja stressiä.

Hengityslaittehdossa olevalla potilaalla lisästressiä luovat erilaiset ympärillä olevat laitteet. Tällaisia laitteita ovat muun muassa hengityslaitteet, monitorit sekä tipanlaskijat. Lisäksi hengityslaitteessa olevalla potilaalla on tiukka maski kasvoillaan tai hän on trakeostomoitu tai intuboitu. Tämä tuo lisähaasteita. Huoli omasta terveydentilastaan kasvaa ja hengityslaitte itsessään voi tuntua pelottavalta. Hoitajan vierellä olo on tärkeää pelkojen lievittämiseksi.

Pitkällinen vuodelepo voi siis aiheuttaa merkittävää haittaa ja vaikeuttaa kuntoutusprosessia. Sen vuoksi varhain aloitettu potilaan aktivointi ja kuntoutus on tärkeää. Hoitaja voi vaikuttaa potilaan kuntoutumiseen omilla työskentelytavoillaan. Kuntouttava hoitotyö onkin merkittävässä asemassa potilaan paranemisen kannalta.

6. HENGITYSLAITEPOTILAAN KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ

Kuntouttava hoitotyö on moniammatillista toimintaa, jota suoritetaan yhteistyössä potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Potilaan tehokas ja suunnitelmallinen kuntoutus on tärkeää potilaalle, henkisesti sekä fyysisesti. Kuntoutus on myös tärkeää toipumisen kannalta. (Lakanmaa & Leino-Kilpi 2010.) Kuntoutus käsitteenä määritellään muutosprosessiksi, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin sekä työllisyyden edistäminen. Kuntoutus on suunnitelmallista sekä monialaista ja sen tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilannettaan. (Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2004, 21.) Potilaan kuntoutumista edistää turvallinen ympäristö. Ilmapiiri, joka sallii epäonnistumiset, mutta tukee yrittämään on tärkeää. Potilaan voimavaroja voidaan vahvistaa auttamalla uudestaan oppimisessa ja tilanteeseen sopeutumisessa. Palautteen antaminen potilaalle on myös tärkeää. (Kaila 2008, 5-9.)

Perheen mukaan ottaminen on myös potilasta kuntouttavaa. Hoitaja voi rohkaista potilaan perhettä osallistumaan. Heillä voi olla halu auttaa, mutta eivät osaa tai uskalla osallistua. Tiedon saanti vähentää epävarmuutta ja -tietoisuutta. (Kaila 2008, 5-9.)

Kuntoutus vaatii suunnitelmallisuutta henkilökunnalta ja moniammatillista yhteistyötä. Kuntouttaminen tulisi aloittaa varhaisessa vaiheessa, heti osastolle tulon jälkeen. Aikaisin aloitettu aktiivinen fyysinen kuntouttaminen on tutkimusten esim. Bayleyn ym. (2007) mukaan turvallista. Schweikertin ym. (2009) mukaan pitkittyneessä tehohoidosta aiheutuu potilaalle erilaisia elimistön toimintahäiriöitä kuten lihasheikkoutta ja neuropsykologisia oireita esimerkiksi sekavuutta. Toipumisen kannalta systemaattinen kuntoutus koko hoitajakson ajan on välttämätöntä.

Kuntoutuksen tavoitteet on hyvä kirjata potilaan hoitosuunnitelmaan, jolloin potilaan kuntoutumisen seuraaminen ja arviointi on helpompaa. Moniammatillisesti laaditut, potilaskohtaiset tavoitteet auttavat kaikkia hoitoon osallistuvia tuloksellisuuteen. (Iivanainen & Kuha 2001, 381.) Potilasta voidaan alkaa kuntouttamaan aktiivisesti, kun tietyt fysiologiset kriteerit, kuten riittävä hapettuminen ja vakaa hemodynamiikka on saavutettu. (Hopkins & Spuhler 2010).

6.1 Potilaskeskeinen ja voimavaralähtöinen kuntoutus

Kuntoutumista edistävä hoitotyö on yksilöllisyyttä kunnioittava ja potilaslähtöinen toimintatapa johon kuuluu tärkeänä osana potilaan kannustaminen ja rohkaiseminen. Kuntouttavassa työssä on tunnistettava potilaan mobilisointiin liittyvät riskit kuten erilaiset komplikaatiot. Tavoitteena on toimintakyvyn palauttaminen ja ylläpito sekä psyykkisen hyvinolon tavoittaminen. Jatkuva ja järjestelmällinen hoitotyön kirjaaminen on tärkeää. Kirjaamiseen tulisi sisältyä hoidon ja kuntoutuksen tavoitteet, keinot ja edistyminen. (Kymenlaakson sairaanhoitopiiri 2008.)

Voimavaraistaminen (empowerment) on osa kuntouttavaa hoitotyötä. Potilaan jäljellä olevia voimavaroja tulisi tukea ja ylläpitää. Se tapahtuu kannustamalla potilasta mahdollisimman omatoimiseen toimintaan ja itsenäiseen tekemiseen silloin kun se on mahdollista. (Ghenoun, Salminen, Tanhua & Holmlund 2007, 7.) Hengityslaitepotilaan kohdalla hoitaja voi kannustaa potilasta tekemään itsenäisesti pieniä harjoituksia, kuten liikuttelemaan sormia ja varpaita tai pyörittelemään nilkkoja ja ranteita.

Potilaan olemassa olevia voimavaroja tulisikin käyttää mahdollisimman tehokkaasti ja ottaa potilas itse mukaan hoitoonsa. Potilaan ottaminen hoitoonsa sisältää myös sen, että potilaan on oltava tietoinen omaan hoitoonsa liittyvistä asioista. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) määrittää, että potilaalle on annettava tietoa hänen terveydentilastaan, hoitonsa merkityksestä sekä vaihtoehdoista hoitoonsa liittyen.

Moniammatillinen yhteistyö on myös merkittävä tekijä potilaan mahdollisimman tehokkaalle kuntoutukselle. Kun hoitaja, fysioterapeutti ja lääkärit päättävät yhdessä hoidon suunnittelusta sekä toteutuksesta, voidaan taata potilaan tarvitsema hoito. (Hoitajat 2010.)

6.1.1 Hoitajan rooli kuntoutuksessa

Hoitajilla on tärkeä rooli potilaan kuntoutumisessa, joka käsittää asentohoidon, potilaan liikkumisessa avustamisen sekä potilasohjauksen (Iivanainen & Kuha 2001, 381). Mobilisointi alkaa kuntouttavan hoitotyön keinoin. (Hoitaja aloittaa mobilisoinnin kuntouttavan työotteen kautta.) Vuodepesut ja kääntymiset vuoteessa ovat myös osa hoitajan toteuttamaa kuntoutusta. Fysioterapeutti tuo omaa lisäosaamistaan toimintaan. (Hoitajat 2010.) Hoitajat ovat avainasemassa hyvän hoitokulttuurin edistämässä ja potilaan mahdollisimman hyvässä kuntoutuksessa, joka olisi syytä aloittaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa (Hopkins ym. 2010).

Potilasohjaus sisältyy kuntouttavaan hoitotyöhön oleellisena osana. Ohtosen (2006) mukaan potilasohjauksessa korostuvat sairaanhoitajan hyvä koulutus, hyvä teoretieto ja hoitokäytännöt sekä vuorovaikutustaidot. Hyvä vuorovaikutus ohjaustilanteessa vähentää myös sairaudesta aiheutuvaa epävarmuutta, ahdistusta ja pelkoa. Tärkeää on myös, että sairaanhoitaja varmistaa, että potilas on ymmärtänyt ohjauksen sisällön. (Ohtonen 2006)

Epävarmuuden keskellä sairaanhoitajan antama henkinen tuki, toivon ylläpitäminen ja uusien sopeutumiskeinojen löytäminen ovat keskeisiä hoitotyön toimintoja (Mäntynen, Sivenius & Vehviläinen-Julkunen 2008). Toivon hoitotieteellisissä luonnehdinnoissa korostuu mahdollisuus, että elämä kantaa ja ihminen jotenkuten tavalla tai toisella selviää elämäntilanteestaan. (Kylmä 1996, 26.) Jotta hoitaja voisi ylläpitää toivoa, on hänen oma toivon tunteensa tärkeää. Työryhmän tulisikin huolehtia työntekijän toivon säilymisestä. (Selander 2001, 122) Toivon tunteen välittyminen potilaaseen on tärkeää kuntouttavassa työotteessa. Potilaan toivo siitä, että asiat järjestyvät, kannustaa häntä yrittämään vaikealtakin tuntuvia lihaskuntoharjoituksia ja osallistumaan aktiivisesti mobilisointiin.

6.1.2 Omaisen rooli kuntoutuksessa

Perheenjäsenen kriittinen tila on koko perheen yhteinen huoli. Odottamattomassa tilanteessa potilaan omaiset kokevat usein järkytystä, pelkoa ja ahdistusta. (Koponen, Häggman & Mattila 2007, 4-8.) Omaisen vakava sairastuminen laukaisee usein omaisessa jonkinasteisen kriisin. Hoitajan tulee tunnistaa kriisin vaiheet sekä omaisessa että potilaassa, jotta hän pystyy parhaalla mahdollisella tavalla olemaan psyykkisenä tukena. Äkillisen kriisin vaiheet noudattavat tietynlaista kaavaa vaikkakin yksilöllisiä eroja on havaittavissa (Eränen ym. 2010).

Kriisin vaihteita ovat sokkivaihe, reaktiovaihe, työstämis- ja käsittelyvaihe sekä uudelleen suuntautumisen vaihe. Nämä ovat ihmisissä sisäänrakennettuja toimintatapoja, jotka laukeavat automaattisesti kriisin osuessa kohdalle. Kriisiavun tehtävänä onkin vain tukea mielen omia reaktioita, sillä ne ovat ihmiselle paras apu kriisin kohdatessa. (Eränen ym. 2010.)

Koposen tutkimuksen mukaan omaiset haluavat akuutissa tilanteessa tietoa omaisensa tilasta, joka on asiallista ja rehellistä. Tiedon tulisi olla johdonmukaista ja sitä tulisi antaa niin, että omainen ymmärtää sen. Omaiset haluavat usein osallistua potilaan hoitoon teho-osastolla. Hoidonantajilla on aloitteentekovastuu, sillä tilanne on vaikea ja epävarma omaisille. Tutkimuksen mukaan omaiset haluavat konkreettisia ohjeita siitä miten tulee käyttäytyä osastolla ja miten voi osallistua toimintaan. Hoitoon osallistuminen voi olla muun muassa läsnäoloa ja rauhoittamista. (Koponen ym. 2007, 4-8.)

Teho-hoito vaikuttaa monin tavoin arjen toimintaan omaisilla. Osastolla ollessa omainen pyrkii olemaan vahva ja tarkkailee valppaana henkilökunnan toimintaa. Henkilökunnan käyttäytymisestä omainen päättelee, milloin tilanne on vakaa, jolloin uskaltaa lähteä pois potilaan luota. (Koponen ym. 2007, 7.) Hoitajan itsensä rauhallinen käytös hädän hetkellä luo turvaa potilaalle ja omaisille. Hoitaja voi rauhoittaa tilannetta omalla äänenkäytöllään, rauhallisilla elkeillään ja kosketuksellaan.

Koposen ym. (2007, 7) mukaan omaisten jaksamista vahvistavia tunteita ovat kiitollisuus, perhesiteiden vahvistuminen ja ylpeys selviytymisestä osastolla omaisena. Omaisten avuttomuus, hämmentyneisyys ja negatiiviset tuntemukset kriisitilanteessa ovat jak-

samista heikentäviä tekijöitä. Negatiivisia tunteita ovat muun muassa viha, syyllisyyden tunne ja järkytys. Näitä tunteita aiheuttavat laitteiden näkeminen ja omaisen kohtaaminen intuboituna. Henkilökunnan asenteet ja omaisten huomioiminen on tärkeää. Hoitajan ammatillisuus ja turvallisuus vahvistavat sekä potilaan että omaisen voimavaroja.

Tekemissämme sairaanhoitajien haastatteluissa tuli ilmi, että valvontaosastolla voidaan ottaa potilaan omaisia kuntoutukseen mukaan potilasturvallisuuden rajoissa. Yleensä omaisia ei voida kuitenkaan hyödyntää itse fyysisessä toiminnassa turvallisuussyistä. Omaiset voivat kuitenkin olla kannustajan roolissa ja heidän henkinen tuki voi olla merkittävä. (Hoitajat, 2010.)

Joskus potilaan tahtoa omaisten läsnäolon suhteen voi olla vaikea selvittää. Kaikki potilaat eivät ehkä esimerkiksi halua omaisia paikalle itse mobilisointitilanteeseen, esimerkiksi silloin, kun ollaan siirtymässä tuoliin. (Hoitajat, 2010.) Myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) määrittää sen, että potilaalla on itsemääräämisoikeus omaan hoitoonsa liittyen.

Omaisia informoidaan potilaan asioista potilaan luvalla. Omaiset voivat myös olla informaation lähde sillä omaiset tietävät parhaiten potilaan aiemmasta toimintakyvystä ennen sairaalaan tuloa ja he tuntevat potilaan terveenä ja toimintakykyisenä ihmisenä. (Hoitajat, 2010.) Omainen voi olla henkilökunnalle voimavara tai toinen hoidettava. Potilaan omaisella voi siis olla eri rooleja. Hoitajat saavat omaisilta tietoa potilaan pärjäämisestä kotona, jonka pohjalta voidaan suunnitella jatkohoitoa tai kotiutumista. (Ghenoun ym. 2007, 8.)

6.2 Kuntoutuksen erityispiirteet valvontaosastolla

Kuntouttavaan hoitotyöhön valvontaosastolla vaikuttavat monet asiat, kuten potilaan kriittinen tila, erilaiset laitteet ja kommunikaation vaikeus. Valvontaosastolla potilaat ovat kriittisesti sairaita ja usein voikin mennä aikaa, ennen kuin potilasta voidaan varsinaisesti alkaa auttaa mobilisoinnissa. Tässä vaiheessa tärkein osa potilaan kuntoutumista onkin asentohoito. (Hoitajat, 2010.)

Valvontaosastolla hengityslaitteessa olevan potilaan kuntoutus on pitkä prosessi, joka alkaa, kun potilas saapuu osastolle. Kaiken toiminnan tulisi tähdätä potilaan mahdollisimman suuren toimintakyvyn säilyttämiseen. Valvontaosastolla henkeä uhkaava fyysinen tila on kuitenkin pääosassa ja se asettaa tiettyjä haasteita ja rajoituksia valvontaosastolla tapahtuvaan kuntoutukseen. Henkeä uhkaava tilanne on saatava korjattua ennen kuin kuntoutusta voidaan aloittaa. Myös hengityslaitteessa olo on haaste sekä potilaalle että hoitajalle kuntoutumisprosessissa. Lisäksi potilaan kuntoutumiseen vaikuttavia tekijöitä ovat potilaan ikä, perussairaudet ja aiempi toimintakyky. (Hoitajat, 2010.)

6.2.1 Kommunikaation vaikeutuminen

Hengityslaitteessa olevien potilaiden sanallinen kommunikaatio on haasteellista. Hengityslaitteesta kuuluva ääni voi vaikeuttaa puheen kuulemista. Lisäksi naamari vaikeuttaa potilaan omaa sanallista ilmaisua ja intubaatioputki tekee sen mahdottomaksi. Kuitenkin on oleellista että potilas tulee ymmärretyksi ja kuulluksi. Launosen ja Roiskon (2001) mukaan hoitaja voi käyttää apunaan erilaisia puhetta tukevia tai korvaavia kommunikointikeinoja keskustellessaan potilaan kanssa. Näitä voivat olla esimerkiksi luonnolliset eleet, viittomat, kuvat, kirjoittaminen ja esineet.

Kosketus voi olla myös kommunikaation keinona valvontaosastolla. Airaksisen ja Arponen (2001) mukaan kosketuksella pyritään usein vahvistamaan sanallista viestiä. Kosketus voi olla kuitenkin usein sanattomana viestinä sanallista tehokkaampi (Arponen & Airaksinen 2001, 9). Routasalon (1997) tutkimuksen mukaan potilas voi päätellä hoitajan kosketuksesta suhtautumista itseensä. Potilaiden mielestä hoitaja voi ilmaista kosketuksellaan hyväksymistä, läheisyyttä, ystävällisyyttä ja inhimillisyyttä. Hoitajan kosketus helpottaa pitkää, unetonta yötä ja lievittää avuttomuuden tunnetta sekä lisää turvallisuuden tunnetta. (Routasalo 1997, 292–296.)

6.2.2 Elintoimintojen tarkkailu ja esteet mobilisoinnille

Potilaan tilan on oltava tarpeeksi vakaa hemodynaamisesti, jotta häntä voidaan mobilisoida. Hapetuksen, verenpaineen ja pulssin tulee olla ainakin kohtuullisella tasolla. Taso riippuu potilaan voinnista ja taustatekijöistä esimerkiksi iästä, perussairauksista ja aiemmasta toimintakyvystä. Tilat, jotka estävät muun kuin asentomobilisoinnin ovat keuhkoembolia eli keuhkoveritulppa, paha sydämen vajaatoiminta sekä tuore infarkti. Elvytettyä potilasta ei saisi liikutella edes asentohoidoin ensimmäisen vuorokauden aikana. Lisäksi, jos potilaalla on kuumetta, turhaa räsitusta tulisi välttää. Potilaan yleisvoinnin tulee olla kaikin puolin sellainen, että liikkuminen on mahdollista. Myös murtumat ja suuret haavat vaikuttavat osaltaan siihen, millaista mobilisointi on. (Hoitajat 2010.)

Potilaan motorista suoriutumista mobilisoinnin aikana tulee seurata. Potilaan liikeradat, tasapaino, lihastonus ja ryhti ovat tärkeitä tarkkailun kohteita. Mobilisoinnin aikana tulee myös seurata potilaan yleisvointia ja sen muutoksia tiiviisti. Seurattavia asioita ovat muun muassa potilaan ihon väri ja hikoilu. Hengityksestä tulee tarkkailla hengitystiheyttä, -tapaa ja työläyttä. Valvontamonitorilta tulee seurata ainakin potilaan verenpainetta ja pulssia. Koko ajan tulee ottaa huomioon myös potilaan oma tunne voinnistaan. (Hoitajat 2010.)

Potilaan itsemääräämisoikeus tulee ottaa huomioon mobilisoinnissa. Jos potilas ei halua jotain asiaa tehtävän, ei häntä voida siihen pakottaa. Hoitajan kärsivällisyys on tärkeää, sillä potilas saattaa viime hetkessä kokea ylitsepääsemätöntä voimattomuutta, jota hoitaja ei voi siinä hetkessä lievittää. Tällöin mobilisointitilanne keskeytyy tai estyy. (Hoitajat 2010.)

Potilaan sekavuus, aggressiivisuus ja pelot voivat olla este mobilisoinnille, mutta erityisesti silloin, kun potilasta joudutaan rauhoittamaan lääkkeellisesti. Tällöin mobilisointi hankaloituu. Jos potilas joudutaan sedatoimaan, ei häntä voida mobilisoida kuin asentohoidoin. (Hoitajat 2010.) Hoitajan kosketuksen on todettu lievittävän potilaan turvattomuuden tunnetta, pelkoa ja ahdistusta sekä edistävän potilaan halua parantua (Arponen & Airaksinen 2001, 10). Potilaan sanallinen rauhoittelu ja sitä tukeva kosketus voivat olla keinoina potilaan rauhoittamiseen ja vähentää rauhoittavien lääkkeiden tarvetta.

6.2.3 Mobilisoinnin tehokkuus ja turvallisuus teho-osastolla tutkimusten kertomana

Kerromme tässä luvussa tarkemmin työmme kannalta tärkeimmistä ulkomaisista hoitotieteellisistä tutkimuksista sekä artikkeleista joita olemme jo osin käsitelleet opinnäytetyössämme.

Morris ym. (2008) ovat tutkineet vertailevalla tutkimuksella Yhdysvalloissa 330 teho-osaston potilasta. He vertailivat tavallista hoitoa saavien (n=165) ja niin kutsutun mobilisointiryhmän (mobility team) hoitamia potilaita (n=165). Potilaat, joita he hoitivat, olivat aluksi tajuttomia hengityskoneessa olevia potilaita. Mobilisointi ryhmään kuului fysioterapeutti, hoitaja ja teho-hoitaja.

He käyttivät toisen vertailuryhmän hoidossa niin kutsuttua mobilisointiprotokollaa (mobility protocol), jossa on neljä vaihetta. Potilaan mobilisoinnissa siirrytään seuraavalle asteelle aina, kun edellisen tason asiat on saavutettu. Tasot etenivät niin, että 1 taso oli tarkoitettu potilaalle, joka oli tajuton ja 4 taso pian teho-osastolta pois pääsevälle potilaalle. Kaikissa vaiheissa mukaan otettiin uusia mobilisointi tapoja edellisten ollessa yhä mukana.

Ensimmäisellä tasolla eli tajuttoman potilaan hoidossa mobilisointiryhmä toteutti vuoteessa suoritettavaa passiivista mobilisointia kolme kertaa päivässä sekä asentohoitoa joka toinen tunti. Kun hoidettava potilas oli tajuissaan, hän saattoi siirtyä seuraavalle tasolle. Toisella tasolla potilas istui pystyasennossa vähintään 20 minuuttia päivässä kolmeen kertaan sekä suoritti käsi- ja jalkalihasharjoitteita. Kolmannella tasolla potilas istui edellisten lisäksi vuoteen laidalla 20 minuuttia päivässä. Neljännellä tasolla potilas siirtyi hoitajien tukemana omin voimin tuoliin ja istui siinä vähintään 20 minuuttia päivässä.

Vertailulla saatiin tulokseksi, että potilailla, joita hoidettiin mobilisointiprotokollan mukaan, fysioterapian aikainen aloittaminen tehtiin useammin (91% vs 13%). Tämän kaltaisen kuntoutuksen myös todettiin olevan tehokasta, turvallista ja lyhentävän hoitoaika ja (5,5 vs 6,9 vrk). Mobilisointiryhmän hoitamat potilaat pääsivät ylös vuoteesta nope-

ammin kuin vertailuryhmän potilaat. (5 vs 11 vrk.) Hoitoaika oli koeryhmällä lyhyempi kuin vertailuryhmällä (11,2 vs 14,4 vrk). Ryhmien välillä ei ollut kustannuseroja vaikka mobilisointiryhmän kustannukset otettiin huomioon.

Schweickert ym. (2009) tekivät tutkimuksen aikaisen aktivoinnin tehosta hengityskonepotilailla. Tutkittiin sedatoituja aikuisia, jotka olivat olleet mekaanisessa ventilaatiossa vähemmän kuin 72 tuntia, mutta jotka tulisivat olemaan vähintään seuraavat 24 tuntia sedatoituna. Ennen teholle tuloa potilaat olivat täyden toimintakyvyn omaavia. Schweickert ym. tekivät kontrolloidun satunnaistutkimuksen (n=104), jossa 49 potilasta oli koeryhmässä ja 55 kontrolliryhmässä. Koeryhmässä tehtiin päivittäinen sedaation keskeytys, jolloin potilasta mobilisoitiin. Kun sedaation tarve väheni, potilaille suoritettiin aluksi vuoteessa suoritettavaa mobilisointia. Siitä siirryttiin edelleen istumaan nousuun ja lopulta kävelyharjoituksiin. Koeryhmässä 59% sai itsenäisen toimintakyvyn takaisin ja vertailuryhmässä vain 35% päätyi samaan tulokseen. Koeryhmässä oli myös lyhyempi sekavuustilan kesto n.2vrk ja vertailuryhmän potilailla sekavuustilan kesto oli 4 vrk. Tutkimuksessa raportoitiin myös mobilisoinnin turvallisuudesta. 498 kuntoutustapahtuman aikana tapahtui vain yksi vakavampi komplikaatio. Kyseessä oli happisaturaation laskeminen alle 80%:iin.

Bailey ym. (2007) tekivät tutkimuksen turvalliseen hengitysvajauspotilaan aikaiseen aktivointiin liittyen. Tutkimuksen tavoite oli tutkia onko aikainen aktivointi mahdollista ja turvallista. Varsinaista aktivoinnin tehoa ei tutkittu. Tutkimus toteutettiin seuranta-tutkimuksena, jossa tutkittavaa ihmisryhmää (n=103) seurattiin siinä mahdollisesti ilmenevien sairaustapausten tai annetun hoidon tehon osalta. Tutkimusryhmän potilaina olivat kaikki osastolla olleet potilaat tietyn ajan jakson aikana. Tutkimuksesta poistettiin kaikki, jotka tarvitsivat mekaanista ventilaatiota ≤ 4 vrk. Tutkimus suoritettiin 6 kuukauden aikana Utahissa, LDS-sairaalassa, kahdeksan vuodepaikkaisella hengitysteho-osastolla. Tutkimuksessa kirjattiin ylös kaikki onnistuneet aktiviteettitapahtumat ja kaikki epätoivottavat tapahtumat ja verrattiin näitä keskenään. Onnistuneita aktiviteettitapahtumatyyppisiä oli kolme: potilas istuu vuoteen laidalla, istuu tuolissa ja kävelee. Epätoivottavia tapahtumatyyppisiä oli kuusi: potilas kaatuu polvilleen, nenämahaletkun irtoaminen, systolisen verenpaineen nouseminen yli 200 mm Hg, systolisen verenpaineen laskeminen alle 90 mm hg, happisaturaation laskeminen alle 80% sekä ei-toivottu ekstubaatio.

Tutkimuksen tuloksena oli, että aktiviteettitapahtumia oli 1449 joista epätoivottavia oli 14 (<1%). Tutkimuksen aikana ei tullut yhtään ei-toivottua ekstubaatiota tai muita komplikaatioita, jotka olisivat vaatineet lisäpäiviä, lisähoitoja tai lisäkustannuksia. Tutkimuksen mukaan aikainen aktivointi on mahdollista ja turvallista hengitysvajauspotilailla. Lisäksi mobilisoinnin tehosta kertoo, että 69% selviytyneistä potilaista kykeni kävelemään 30m ennen siirtymistä jatkohoitoon tai kotiutumista teho-osastolta. Ne potilaat, jotka kotiutuivat, olivat myös kävelleet pisimmälle.

Hopkins ja Spuhler kirjoittavat artikkelissaan tehohoidossa olevien potilaiden aikaisen aktivoinnin strategiasta. He perustavat artikkelissaan esittämänsä ehdotelman muun muassa Baileyn ym. (2007) tutkimukseen, jossa ovat itse olleet mukana. Tutkimus osoitti, että vaativampikin kuntoutus on mahdollista ja se on oikein toteutettuna turvallista. Vaikka varsinaista vertailututkimusta ei kuntoutuksen tehosta tutkimuksessa tehty, antaa tutkimus kuitenkin viitteitä kuntouttavan hoitotyön hyödyistä.

LDS-sairaala Utahissa, Yhdysvalloissa, tutki tehohoidon menetelmiä ja kehitti tutkimukseen perustuvan protokollan potilaiden aikaiselle aktivoinnille. Protokollaa on käytetty vuodesta 2000 lähtien. Tänä aikana hoidon tulokset ovat parantuneet, jotka saattavat osaltaan johtua käytetystä protokollasta Tutkimuksen tuloksia olivat muun muassa trakeostomoitujen potilaiden määrän laskeminen 29 %:sta 5 %:iin ja keskimääräisen hoitajakson ajan laskeminen 13 vuorokaudesta 10 vuorokauteen. (Hopkins & Spuhler 2009.)

Jotta aikainen aktivointi olisi mahdollista, tulisi tehohoidon menetelmiä muuttaa. Rauhoittavia lääkkeitä annetaan liikaa, mikä haittaa nukkumista ja estää aktivointia. Liiallinen lääkkeiden käyttö ja unen puute johtaa usein sekavuuteen, joka tutkimusten mukaan pidentää sairaalassaoloaika, lisää sairastumisriskiä ja vaikeuttaa paranemista. Liialliseen lääkkeiden käyttöön sekä unen puutteeseen sisältyy lisäksi kognitiivisten taitojen heikkeneminen. Aktiivinen kognitiivinen toiminta taas mahdollistaa fyysisen toiminnan, mikä parantaa myös potilaan psyykkistä tilaa. (Hopkins & Spuhler 2009.)

Edellä mainitut tutkimukset siis todistavat oikein toteutetun kuntoutukseen tähtäävän mobilisoinnin turvalliseksi ja tehokkaaksi. Tutkimuksissa mukana olleet potilaat olivat aikuisia (>18v.) ja lähtötasoltaan ennen sairastumista ja tehohoitoon joutumista täysin

toimintakykyisiä. Yhteistä kaikille tutkimuksille on myös se, että kuntouttava hoitotyö vaatii järjestelmällistä suunnitelmaa yhtenäisistä käytännöistä, jotta kuntoutus on tuloksellista ja kehittyminen parempaan suuntaan on mahdollista.

6.2.4 Hengityslaitetilaan mobilisointi

Hengityslaitetiloita voidaan mobilisoida valvontaosastolla eri tavoin. Tällaisia keinoja ovat asentohoidot, vuoteen laidalla istuminen ja tuoliin siirtyminen. Näitä kaikkia keinoja voidaan hyödyntää potilaan kunnosta riippuen.

Jos potilaan yleiskunto ja muu tilanne sallivat, olisi potilaan kannalta parasta, mikäli hän olisi pystyasennossa mahdollisimman usein. Pystyasento ja liikkuminen tehostavat mm. keuhkotuuletusta, hengityssyvyyttä sekä liman irtoamista hengitysteistä. Säännöllinen liikkuminen ehkäisee myös atelektaasien ja laskimotukosten syntymistä. (Iivanainen & Kuha 2001, 385–386.) Atelektaasilla tarkoitetaan keuhkon tai sen osan ilmattomuutta.

Potilasta on tärkeä kannustaa ja avustaa liikkumisessa ja omatoimisuuden lisäämisessä. Liikkuminen on aloitettava vaiheittain yksinkertaisilla lihaskuntoharjoitteilla. Rasituksen määrä on suhteutettava muuhun päivän ohjelmaan ja hoitotoimenpiteet otettava huomioon mobilisointia suunniteltaessa. (Iivanainen & Kuha 2001, 386.) Valvontaosastolla potilaat ovat kriittisesti sairaita ja usein voi mennä aikaa, ennen kuin potilaan tila sallii esimerkiksi tuoliin siirtymisen. Tässä vaiheessa tärkein osa potilaan kuntoutumista ovat asentohoidot ja liikerataharjoittelu. Liikerataharjoittelua voi tapahtua fysioterapeutin tai hoitajan toimesta. Hoitaja toteuttaa lisäksi hoitotyön keinoin liikerataharjoittelua esimerkiksi vuodepesujen yhteydessä potilaan raajoja liikuttelemalla. Hoitaja nostaa potilaan kättä, kun haluaa saada käden pestyä kauttaaltaan. Tällainen toimintokin voi toimia liikerataharjoitteena. Hoitaja voi myös toteuttaa fysioterapeutin laatimaa liikerataharjoitteluohjelmaa yhdessä potilaan kanssa.

Asentohoidon toteuttamiseen on monia vaihtoehtoja, jotka tulee valita kulloisenkin potilaan mukaan (Johnson & Meyenburg 2009). Esimerkiksi pneumoniapotilaiden asentohoito vuoteella olisi parasta toteuttaa terveellä kyljellä kylki makuulla, jolloin tulehtunut keuhko on ylöspäin. Tämä vähentää potilaan kipuja ja edesauttaa toipumista. Tulehtuneen keuhkon puolella makaamista tulisi muutoinkin välttää. (Iivanainen & Kuha 2001, 386.) Potilaan asentohoitoa voidaan toteuttaa makuulla, puolimakuulla sängynpäätty kohotettuna, kylkimakuulla sekä vatsallaan maaten (Johnson & Meyenburg 2009). Lisäksi potilaan asentoa tulisi vaihtaa mieluiten tiheämmin kuin kahden tunnin välein

(Majamaa 2009). Vatsamakuutusta käytetään yleisesti edelleen harvoin. Vaikka fysiologisia esteitä ei olisikaan, sitä ei ole totuttu käyttämään. (Lakanmaa & Leino-Kilpi 2010.)

Lääkehoidolla on vaikutusta potilaan mobilisointiin. Valvontaosastolla hoidettavat potilaat joutuvat usein käyttämään monia erilaisia lääkkeitä. Hopkinsin & Spuhlerin (2007) mukaan on muistettava, että rauhoittavien ja unilääkkeiden käytössä tulee olla varovainen, sillä ne vaikeuttavat potilaan aktivointia. Potilaan on kognitiivisesti kyettävä mobilisointiin sen onnistumiseksi.

6.2.5 Vesi-PEP -hoito

Vesi-PEP -hoito (positive expiratory pressure) eli pulloon puhallutus (PUPU) tehostaa keuhkotuuletusta ja poistaa limaa keuhkoputkista. Puhalluspullo on noin litran tilavuudeltaan, johon laitetaan pohjalle vettä. Letku upotetaan veteen pullon pohjaan asti ja siihen puhalletaan, niin, että pullossa oleva vesi alkaa kuplia. Puhaltaminen veden vastusta vastaan estää hengitysteiden kasaan painumista. (Sakala 2010; Hengityслиitto Heli ry 2010; Uuttu 2009.)

Vesi-PEP -menetelmä on tutkimusten mukaan osoittautunut vaikuttavaksi limanpoistomenetelmäksi. PEP-hoito perustuu vastapaineeseen uloshengityksen aikana. Vastapaine saa keuhkojen sisäiset paineolosuhteet muuttumaan ja pienten hengitysteiden ilmatiehyet avautuvat. Pienten ilmatiehyiden kautta ilma kulkeutuu keuhkojen ääriosiin liman täyttämien keuhkoputkien ohii. Uloshengityksen aikana ilma työntää liman edellään ylös suurempiin hengitysteihin. Ilma painuu siis liman alle ja työntää sitä ylöspäin. Näin liman saa helpommin yskimällä ulos. (Hengityслиitto Heli ry 2010; Uuttu 2009.)

Valvontaosastolla hyödynnetään pulloon puhalluksia eli PUPUja heti, kun on mahdollisuus hengityslaitteesta erillään olemiseen. Fysioterapeutti ohjeistaa potilasta ja on apuna ensimmäisissä pulloon puhalluksissa. Tämän jälkeen hoitaja voi antaa potilaalle pullon aina kun mahdollista puhalluksia varten. Pulloon puhallutukset ovat tärkeänä osana hengityslaittepotilaan kuntoutuksessa. (Hoitajat 2010.)

6.2.6 Kivun hoito

Kivuttoman potilaan on helpompi osallistua omaan kuntoutukseensa ja motivoitua mobilisointiin. Kipu vaikeuttaa fyysistä suoriutumista ja vaikuttaa myös kognitiivisiin toimintoihin vaikeuttavasti. (Pirttilä & Nybo 2004.) Näin ollen kivun hoito on oleellinen osa potilaan mobilisointia ja kuntoutusta.

Kivun vaikutuksesta ihmisessä käynnistyy erilaisia fysiologisia reaktioita. Sen vaikutuksesta sympaattinen hermosto tuottaa eräänlaisen hälytystilan ihmisessä. Kivun tunnistaminen onkin yksi hoidon kulmakivistä. Sen tunnistamisessa keskeisessä roolissa on potilaan oma kokemus kivustaan. (Herrala, Kahrola & Sandström 2008, 161-165.)

Tehokas kivunhoito edellyttää ennen hoitoa tehtyä kivun arviointia, jota tulee toteuttaa säännöllisesti koko hoidon ajan. Mikäli näin ei ole, saattaa kivun hoito olla puutteellista. Kivun hoidossa potilaan oma arviointi onkin avainasemassa ja hänen tulisi saada osallistua hoitoonsa myös kivun hoidon osalta, jolloin tuloksen ovat parempia. (Suonio-Peltosalo 2008.)

Kipu on yksilöllinen kokemus, eikä kivun mittaaminen ole laboratorioskokeilla mahdollista. Kivun mittaamiseen ei ole suoraa menetelmää, mutta käytössä on erilaisia kipumittareita, jotka pyrkivät mittaamaan yksilön kivun vaihtelua potilaan omaan kokemukseen perustuen. (Vainio 2009.)

Yleisimmin käytetty kipumittari on visuaalianalogiasteikko, eli VAS. Se on 10 cm pitkä jana, jonka toisessa päässä on numero 0, joka merkitsee ”ei kipua lainkaan” ja toisessa päässä numero 10, joka merkitsee ”pahinta mahdollista kipua.” Potilas merkitsee asteikkoon sen hetkisen tuntemuksensa kivustaan näiden ääripäiden väliltä. Mahdollista on myös käyttää esimerkiksi lapsia varten kuvallista kipumittaria. Kipumittarina voidaan käyttää myös sanallista asteikkoa. (Vainio 2009.) Valvontaosastolla ei ole systemaattisessa käytössä kipumittaria. Kipumittarin käyttö on kuitenkin tavallista esimerkiksi niin, että hoitajat pyytävät potilaita ilmaisemaan kipua asteikolla 1-10. (Nieminen 2010 1.)

Kivunhoidon käytännön toteuttaminen ja kipulääkkeiden vaikutusten arviointi on sairaanhoitajan vastuulla. Kipulääke valitaan kivun luonteen ja voimakkuuden perusteella, useimmiten akuuttia kipua hoidetaan eri lääkeyhdistelmillä. (Suonio-Peltosalo 2008.) Yleisenä ohjeena voidaan kuitenkin pitää sitä, että kivun ehkäisy on yleensä helpompaa kuin akuutin kivun taltuttaminen. (Suonio-Peltosalo, Kotovainio & Mäenpää 2008.)

Valvontaosastolla lääkäri tarkistaa mobilisoitavan potilaan lääkityksen ja ottaa huomioon, että potilaan kipulääkitys on riittävä, mikään potilaan käyttämä lääke ei ole verenpainetta suuresti alentava ja lääkkeiden anto ajankohta on mobilisoinnin kannalta optimaalinen. (Hoitajat 2010.)

7 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN KUVAUS

Opinnäytetyöprosessimme alkoi keväällä 2009 jolloin saimme aiheen hengityslaittepotilaan kuntouttavasta hoitotyöstä. Syksyllä 2009 aloimme työstää ja kerätä kirjallista materiaalia opinnäytetyötämme varten. Lisäksi aloimme suunnitella haastatteluita sekä niiden toteutustapaa.

Prosessi jatkui tiedon keruulla ja opinnäytetyösuunnitelman teolla. Kun tarvittava määrä taustatietoa ja teoriaa oli koottu yhteen, pystyimme aloittamaan itse oppaan suunnittelua. Oppaan tarpeen ja muodon suunnittelussa meillä oli apuna osasto M1:n osastonhoitaja Leila Nieminen, jonka kanssa olemme olleet useasti prosessin aikana yhteydessä ja jonka kanssa olemme sopineet kaikista käytännön järjestelyistä. Hänen kanssaan työskentely on ollut erittäin sujuvaa ja olemme saaneet häneltä tukea prosessissamme.

Kehittämiskohteemme ja alkuasetelmat oppaalle olivat seuraavanlaisia: Millaista hengityslaitte potilaiden mobilisointi on ollut tähän asti? Miten sitä pitäisi muuttaa ja miksi? Millaista sen tulisi olla? Mitä pitäisi tehdä tai millaista lisäohjeistusta osasto tarvitsisi jotta mobilisointi muuttuisi parempaan suuntaan? Missä asioissa tarvitaan uutta ohjeistusta? Mitä uutta tutkimustietoa aiheesta on ja miten sitä voisi soveltaa osaston M1:n käytänteisiin?

Näiden kysymysten pohjalta aloimme hankkia lisää tietoa kirjallisesta aineistosta. Myös hoitajien haastattelukysymykset muotoutuivat näiden teemojen pohjalta ja vastaukset ovat pääosin löydettävissä itse oppaasta ja opinnäytetyömme teoriaosuudesta. Lähtökohdiana haastatteluille oli, että haastateltavat hoitajat ovat oman työnsä asiantuntijoita ja vastaukset ovat näin ollen sovellettavissa oppaan sisältöön.

Opas tehtiin hoitajien toiveiden ja tarpeiden pohjalta joita kartoitimme alkuhaastatteluilta. Haastattelimme fysioterapeuttia ja neljää osastolla työskentelevää sairaanhoitajaa. Hoitajat saivat ennen haastattelua kysymysrunon asioista joista halusimme saada lisätietoa. Haastattelut olivat keskusteluluontoisia ja niistä nousseista asioista kirjoitimme paperille pääasiat haastattelun aikana. Kirjoitimme esille tulleet asiat ylös välittömästi haastattelun jälkeen. Haastattelut olivat kestoltaan noin tunnin mittaisia.

Haastatteluista nousi esille asioita, jotka poimimme oppaan teemoiksi. Haastateltavat korostivat hoitajan aktiivisuuden merkitystä varsinkin potilaan mobilisoinnin aloitusvaiheessa. Haastateltavat kertoivat myös, että lupa mobilisointiin tulee kysyä lääkäriltä, mutta usein jää hoitajan vastuulle neuvotella mobilisoinnin aloittamisen mahdollisuudesta.

Fysioterapeutilla on merkittävä rooli kuntoutuksen alkuvaiheen suunnittelussa, etenkin neurologisten sekä murtumapotilaiden kuntoutuksessa. Vuoteessa toteutettava passiivinen mobilisointi, jota tehdään, ennen kuin potilaalla on mahdollisuuksia aktiiviseen mobilisointiin, on usein fysioterapeutin vastuulla.

Hoitajat korostivat suunnitelmallisuutta kaikessa mobilisoinnissa. Esimerkiksi henkilökunnan riittävyys ja mobilisoinnin yhteydessä suoritettavien hoitotoimien suunnittelu tulee ottaa huomioon mobilisointia suunniteltaessa ja sitä toteuttaessa. Hoitajat kertoivat myös haastatteluissa, että joskus potilas voi olla ilman hengityslaitetta hetkellisesti, mutta useimmiten näin ei ole. Tällöin on tärkeää huomioida hengityslaitteen mukanaan tuomat erityishaasteet, kuten se että hengityslaitteen kanssa ei useimmiten pysty siirtymään vuoteen viereltä.

Potilasta tulee informoida siitä mitä aiotaan tehdä ja kysyä hänen omia tuntemuksiaan. Potilaalla on aina itsemääräämisoikeus omaan hoitoonsa liittyen. Hoitajan on tärkeää kannustaa potilasta ja kertoa hänelle mobilisoinnin tärkeydestä oman kuntoutumisensa kannalta.

Potilaat, jotka joutuvat käyttämään hengityslaitetta tulee olla jatkuvasti monitoroituna. Tarkkailumonitorin välityksellä pystytään seuraamaan potilaan tärkeimpiä elintoimintoja myös mobilisoinnin aikana. Hoitajien mukaan tarkkailtavia asioita ovat myös yleistilan muutokset, joita pystytään päättelemään potilaan ihon väristä, hengitystavasta ja -taajuudesta sekä hänen omista tuntemuksistaan. Motorista suoriutumista tulee myös seurata ja huomioida kuinka potilaan liikkuminen onnistuu, hänen tasapainoan, ryhtiä sekä lihastonusta eli -jänteveyttä mobilisoinnin aikana. Omaiset ovat tärkeässä asemassa potilaan kannustajina. He ovat myös informaation lähde sillä he tietävät potilaan toimintakyvystä terveenä ihmisenä. Kuitenkin haastatteluissa tuli ilmi, että valvontaosas-

ton luonteen takia omaisilla ei ole aina mahdollisuutta olla mukana varsinkaan ensimmäisten mobilisointikertojen aikana. Omaisia on kuitenkin tärkeä informoida omaisensa voinnista ja kuntoutuksen edistymisestä. Kuntoutuksen eteneminen luo toivoa omaisiin.

Hoitajien mukaan mobilisoinnin esteinä voivat olla elvytyksen jälkitila, paha sydämen vajaatoiminta ja keuhkoembolia. Mobilisointiin vaikuttavat myös murtumat ja suuret haavat. Kuntouttava työote valvontaosastolla on tärkeää sillä aikainen kuntoutuksen aloittaminen on edellytys potilaan paranemiselle. Valvontaosastolla käytettäviä mobilisointitapoja, ovat asentohoidot, vuoteen laidalla istuminen sekä tuoliin siirtyminen. Hoitajat korostivat nosturin apuna käyttämisen turvallisuutta. Fysioterapeutin mukaan tärkeää on myös keuhkojen kuntouttaminen esimerkiksi pulloon puhalluksien avulla. Hoitajat korostivat myös kärsivällisyyttä sekä liikkeiden toistamisen tärkeyttä.

Haastatteluista saimme riittävästi tietoa oppaan kokoamiseen, vastauksia kysymyksiimme ja selvennystä osaston käytänteistä. Yksikään hoitaja ei varsinaisesti kaivannut lisätietoa mobilisoinnista, joten opas on koottu hoitajien vastauksista tukemalla ne muusta aineistostamme löytyneeseen teoriapohjaan. Haastatteluista kävi myös ilmi, että hoitajat suhtautuvat myönteisesti oppaaseen ja kokevat sen hyödylliseksi. Saimme vaikutelman että haastateltavien asenne kuntouttavaan hoitotyöhön valvontaosastolla on myönteinen. Haastatteluista tehtyjä yhteenvetoja olemme käyttäneet opinnäytetyömme yhtenä lähteenä.

7.1 Produktiivinen opinnäytetyö

Produktiivinen opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Siinä yhdistyvät käytännön toteutus ja sen raportointi. Produktiivisessa opinnäytetyössä ei esitellä tutkimuskysymyksiä eikä tutkimusongelmaa. Siinä voidaan kuitenkin esittää jonkinlaisten kysymysten asettelu joka jäsentää lukijalle työn lähtökohdat. (Vilka & Airaksinen 2003, 9, 30.)

Produktiiviseen opinnäytetyöhön on kuitenkin sisällytettävä tietoperustaa ja sen tulee perustua teoreettiselle viitekehykselle. Produktiivisen opinnäytetyön idea onkin osoittaa tekijöiden kyky yhdistää teoretietoa ammattikäytäntöön. (Vilka & Airaksinen 2003,

30, 42.)

Produktiivisessa opinnäytetyössä tutkimuksellinen selvitys kuuluu toteutukseen. Lähtökohtana on, että valmiista oppaasta tulee kohderyhmälähtöinen. Produktiivisessa opinnäytetyössä ei välttämättä tarvitse käyttää tutkimuksellisia menetelmiä. (Vilka & Airaksinen 2003, 56–57.) Tässä opinnäytetyössä tutkimuksellinen selvitys toteutui hyödyntämällä jo tutkittua tietoa sekä hoitajien alkuhaastatteluiden muodossa.

Produktiivisiin opinnäytetöihin kuuluu raportin lisäksi itse tuotos eli opas, joka on usein kirjallinen. Sen ominaisuudet ovat erilaisia kuin varsinaisen opinnäytetyön. Esimerkiksi kieli voi olla toisen tyylistä kuin tutkimusviestinnän keinoin toteutetussa varsinaisessa opinnäytetyössä. Oppaan tekstissä on hyvä käyttää kohderyhmää puhuttelevaa ja sisällön kannalta tarkoituksen mukaista kieltä. (Vilka & Airaksinen 2003, 65, 129.)

7.2 Oppaan tekeminen

Oppaan tekemistä varten olemme keränneet materiaalia koko opinnäytetyöprosessin ajan uusien tutkimustulosten ja kirjallisuuden muodossa. Kaikki asiat, joita käsittelemme itse opinnäytetyössä, ovat pohjaa oppaalle. Kuitenkin oppaan tarkoituksena oli koota osastolla jo käytössä olevia hyviä käytänteitä, ei niinkään luoda uusia.

Aluksi kartoitimme, mitä tietoa tarvitsemme, jotta pystymme kokoamaan oppaan. Tässä vaiheessa tutustuimme muutamaa vastaavanlaisiin oppaisiin ja perehdyimme muihin ammattikorkeakoulujen opinnäytetöihin, joissa oli tavoitteena oppaan tekeminen. Hyödynsimme myös oppaan tekemisessä Hanna Vilkan ja Tiina Airaksisen (2003) teosta Toiminnallinen opinnäytetyö. Tässä vaiheessa tärkeä lähtökohta oli myös aiheeseen liittyvän teorian tiedon omaksuminen, jotta pystyimme toteuttamaan oppaan.

Lähtökohtana oppaalle oli osastolla työskentelevien hoitajien sekä osastonhoitajan toiveet oppaalle. Oppaan perusajatus oli näyttöön perustuva. Heidän kaikkien (N=5) toiveissa oli, että opas olisi melko lyhyt, jotta sen ehtisi lukea työvuoron lomassa työtahdiltaan nopeatempoisella valvontaosastollakin. Näitä asioita kartoitimme muutamalla keskustelukerralla osastonhoitajan kanssa sekä puhelimesta että osastolla. Osastonhoita-

ja oli myös tiedustellut näiden keskusteluiden välissä osastolla työskenteleviltä hoitajilta heidän alkuvaiheen toiveita oppaalle.

Kun meillä oli tiedossa, millainen oppaasta suunnilleen tulee muodoltaan, aloimme miettiä haastattelukysymyksiä ja pohtimaan kuvien käyttöä oppaassa. Haastattelukysymykset rakensimme silmälläpitäen sitä, mitä tietoa haluamme oppaaseen sekä saadaksemme lisätietoa siitä, millainen sen ulkoasusta ja muodosta olisi hyvä saada. Haastattelukysymykset lupasimme lähettää etukäteen haastateltaville, jotka osastonhoitaja valitsi osastolla työskentelevien sairaanhoitajien joukosta. Heidän joukossaan oli useita vuosia osastolla työskennelleitä, sekä äskettäin valmistunut sairaanhoitaja. Haastattelimme myös osaston fysioterapeuttia. Kysymykset lähetettiin etukäteen sähköpostilla.

Haastattelukysymyksien laadinta oli helppoa, sillä moni asia oli noussut esiin jo opinäytetyön aikaisemmassa vaiheessa. Haastattelukysymysten laadintaa helpotti myös se, että meidän ei tarvinnut miettiä, vastaavatko hoitajat juuri esitettyihin kysymyksiin, sillä olimme paikalla tarkentamassa kysymyksiä tarvittaessa. Haastatteluiden tavoitteena ei ollut saada täsmällistä vastauksia joita voisimme käyttää esimerkiksi sisällön analyysiä varten vaan saada yleiskäsitys valvontaosastosta sekä tarpeista opasta varten.

Meille oli myös selvää, että kysymme ja varmistamme myös meille selviä asioita haastattelussa, sillä oli tärkeää, että saamme oppaan juuri kyseisen osaston tarpeisiin sopivaksi. Haastattelukysymyksiä tuli yhteensä 12 kappaletta ja niiden sisällön pääpaino oli hengityslaitetilaan mobilisoinnissa käytetyissä tavoissa sekä sen mahdollisissa ongelmissa sekä esteissä. Kysymyksiä oli myös osaston työnjaosta hengityslaitetilaan hoidossa, mobilisoinnin aikataulusta sekä toiveista oppaalle. Hoitajat vastasivat laajasti kaikkiin esittämiimme kysymyksiin ja saimme kaiken tarvittaman tiedon haastatteluista.

Haastattelut toteutettiin suunnitelmien mukaisesti keskustelumuotoisina. Haastateltavat saivat esittää omia pohdintojaan aiheesta, myös kysymysten ulkopuolelta ja sitä myös toivottiin. Haastattelut toteutuivat Malmin sairaalan tiloissa niin, että paikalla oli kerrallaan yksi haastateltava. Haastattelut toteutettiin eri päivinä joulukuussa 2009 ja tammikuussa 2010. Olimme kahdessa haastattelussa paikalla molemmat ja kahdessa haastattelussa vain toinen meistä. Fysioterapeutin haastattelussa olimme molemmat paikalla. Haastatteluissa, joissa olimme molemmat paikalla, toinen kirjasi vastaukset paperille ja

toinen kysyi kysymykset. Haastatteluiden jälkeen kirjoitimme puhtaaksi haastattelun sisällön.

Kun kaikki haastattelut oli tehty, kokosimme niistä kaikki asiat teemoihin, yhtenäiseksi aineistoksi ja teimme niistä haastatteluiden yhteenvedon. Näytimme sen osastonhoitajalle, joka hyväksyi tietojen paikkansa pitävyyden ja antoi luvan käyttää materiaalia opinnäytetyössämme sekä oppaassa. Fysioterapeutin haastattelusta laitimamme kirjallisen yhteenvedon hyväksyimme hänellä itsellään.

Seuraava vaihe oli itse oppaan tekeminen. Olimme haastatteluiden sekä alkukartoituksen perusteella päätyneet kuvattomaan, noin kolmen sivun mittaiseen oppaaseen, jonka sisältö olisi pääkohdissa liittyen hengityslaitepotilaan mobilisointiin kyseisellä osastolla. Ensimmäinen versio oppaasta (Liite 2) pitkittyi viisisivuiseksi ja vielä tässä vaiheessa kutsuimme opasta toimintaohjeeksi. Näytimme alustavan version osastonhoitajalle. Hän ei tässä vaiheessa antanut muutosehdotuksia. Esittelimme alustavan oppaan osastotunnilla 26.3.2010. Tässä yhteydessä toivoimme suullista palautetta siitä ja mahdollisia muutosehdotuksia.

Osastotunti oli kestoaltaan puoli tuntia. Osastotunnilla oli paikalla kaksi sairaalan fysioterapeuttia, osastonhoitaja, sekä kuusi osastolla työskentelevää hoitajaa. Aloitimme osastotunnin kertomalla lyhyesti opinnäytetyömme taustaa, tavoitteita ja oppaan tarkoituksesta, niin kuin ne on aiemmin tässä työssä kuvattu. Jaoimme oppaan paikalla olevalle henkilökunnalle ja pyysimme heitä silmäilemään sitä esityksen lomassa.

Osaston toiveena oli ollut, että esittelisimme osastotunnilla oppaan lisäksi ulkomaisia tutkimuksia, joita olimme käyttäneet työmme lähteenä. Ulkomaiset tutkimukset olivatkin osa opinnäytetyömme työelämälähtöisyyttä. Kerroimme valitsemastamme kolmesta Yhdysvalloissa tehdyistä tutkimuksista pääkohdat ja laitoimme artikkelit kiertämään osallistujien kesken. Lisäksi lupasimme toimittaa kaikki uusinta tutkimustietoa sisältävät artikkelit heille vielä sähköisessä muodossa, jotta he voisivat itse vielä halutessaan tutustua niihin tarkemmin. Lyhyiden artikkelikatsausten jälkeen keskustelimme yhteisesti oppaasta sekä artikkeleista. Paikallaolijat olivat kiinnostuneita kuulemaan aiheesta. He esittivät kysymyksiä ja aiheemme herätti yleistä keskustelua hengityslaitepotilaan mobilisointiin liittyen.

Osaston toivomuksesta lopullinen opas mahdutettiin neljälle sivulle, jotta se olisi rakenteellisesti helpompi saada osastolla luettavaksi lehtiseksi. Toiveena oli, että opas voisi olla yksi taitettava A3-kokoinen paperi, jossa olisi kaksipuolisesti tekstit. Lisäksi osasto toivoi siihen värejä. Teimme nämä muutokset ja lähetimme lopullisen sähköisen version osastolle 6.4.2010. (Liite 1). Osastonhoitaja lupasi, että osasto järjestäisi oppaan tulostuksen ja laminoinnin. Lisäksi opas on tarkoitus lisätä tulevaisuudessa tällä hetkellä tekeillä olevaan sähköiseen ohjepankkiin. Opas on toimitettu osastolle sähköisessä muodossa myös siksi, että jos käytännöt muuttuvat tulevaisuudessa osastolla hengityslaittepotilaan mobilisoinnissa, on opasta helppo päivittää ajantasaiseksi.

8 OPPAAN ARVIOINTI

8.1 Oma arvio oppaasta

Mielestämme oppaasta tuli hyvä ja selkeä. Tieto oli helppo saada koottua haastattelujen pohjalta ja tarvittava tieto osaston käytänteistä opasta varten tuli esille haastatteluissa. Oli haasteellista saada kaikki tarvittava tieto mahtumaan muutamalle sivulle. Mielestämme onnistuimme kuitenkin hyvin saamaan kaiken oleellisen tiedon tiiviiseen muotoon.

Emme tienneet ennen oppaan esittelyä, missä muodossa se tulisi lopullisesti olemaan. Olimme itse alun perin miettineet mahdollista paikkaa perehdytyskansioon. Osastotunnilla, jossa esittelimme oppaan, kävi kuitenkin ilmi, että oppaan voisi laittaa sähköiseen ohjepankkiin tulevaisuudessa. Mielestämme se oli hyvä idea. Näin opas olisi sellaisessa paikassa, mistä työntekijät voisivat nopeasti löytää tiedon tarvittaessa. Lisäksi osastolta tuli toive, että oppaaseen tulisi värejä ja koemme itsekin, että opas on mielenkiintoisemman näköinen tässä muodossa (Liite 1).

Uskomme, että opas tulee osastolla käyttöön. Toivomme, että kokeneetkin työntekijät saavat oppaan avulla uutta näkökulmaa työhönsä ja saavat kannustusta hengityslaitetilaan mobilisoinnin varhaiseen aloitukseen. Oppaasta tulee olemaan varmasti hyötyä opiskelijoille ja uusille työntekijöille. Tekemämme opas on tarkoitettu alan ammattilaisille, siksi siinä käytetään myös ammattitermejä ilman, että niitä erikseen avataan. Tämä tulee tuskin olemaan ongelma uusien työntekijöiden tai opiskelijoiden suhteen, sillä oppaan termistö on tärkeää osata myös valvontaosastolla tehtävän hoitotyön kannalta.

8.2 Henkilökunnan palaute

Pyysimme palautetta suullisesti osastotunnilla ja annoimme mahdollisuuden antaa sitä myöhemmin sähköpostitse. Sähköpostitse siltä varalta, jos työntekijöille tulee jotain myöhemmin mieleen. Jätimme osastolle kolme kappaletta alustavia versioita oppaasta, jotta osaston henkilökunta saisi vielä rauhassa tutustua siihen. Näin myös sellaiset työntekijät, jotka eivät osastotunnilla olleet, pystyivät vielä halutessaan vaikuttamaan oppaaseen.

Henkilökunnan mielestä oppaan otsikot olivat selkeitä ja opas oli helppolukuinen. Asiavirheitä ei ollut ja henkilökunta koki, että opas sopii osaston tarpeisiin. Paikalla olleet olivat sitä mieltä, että kahta toivottua muutosta lukuun ottamatta opas on hyvä ja selkeä sellaisenaan.

Muutokset, joita henkilökunta toivoi, koskivat omaisiin liittyvää sekä hoitajan aktiivisuuden liittyvää osiota. Henkilökunta toivoi omaisosioon tarkennusta, sillä osastolla koetaan, että omaisten läsnäolo on ensimmäisillä mobilisointikerroilla haasteellista sekä potilaan että henkilökunnan kannalta. Muutimme omaisia käsittelevää kohtaa osaston toimintaa paremmin kuvaavaksi. Toinen kohta, hoitajan aktiivisuus – otsikko haluttiin nostaa oppaassa ensimmäiseksi. Hoitajan aktiivisuus nähtiin tärkeimpänä lähtökohtana ja sen tulisi olla tästä syystä ohjeistuksessa ensimmäisenä.

Tässä vaiheessa, kun oli odotettavissa vielä pieniä muutoksia, oli opas tavallisella valkoisella paperilla. Paikalla ollut osaston henkilökunta toivoi, että lopullinen versio olisi väreissä. Osastolta luvattiin järjestää tulostus ja laminointi. Saimme myös kiitosta pitämästämme osastotunnista ja paras palaute meille oli, että osallistujat olivat selvästi kiinnostuneita sekä oppaasta että esittelemistämme artikkeleista. Nähtyään oppaan osaston fysioterapeutti kertoi, että hän tulee hyödyntämään opasta myös fysioterapeuttien perehdytyksessä sekä opiskelijan ohjauksessa. Valmis opas (liite 1) ja alustava, osastotunnilla esitelty versio (liite 2) ovat tässä opinnäytetyössä liitteinä.

9 POHDINTA

9.1 Luotettavuus ja eettisyys

Sopimuksen opinnäyteyhteistyöstä olemme allekirjoittaneet työelämätahon kanssa 19.11.2009. Sopimuksessa sitoudumme vaitiolovelvollisuuteen, joka on toteutunut. Sopimuksessa olemme myös sitoutuneet valmiin työn toimittamiseen toimeksiantajalle. Tämä on toteutunut sekä osastotunnin että valmiin oppaan toimittamisena osastolle. Myös itse opinnäytetyö on heidän luettavissa Theseus- tietokannassa josta olemme heitä informoineet.

Ammattikorkeakoulun opinnäytetyön eettisten ratkaisuiden tulee pohjata tasa-arvoisuuteen, kunnioitukseen ja oikeudenmukaisuuteen. Kriittinen asenne on myös tärkeä tekijä eettisyyden kannalta, omaa työtään tulee arvioida koko prosessin ajan. Eettisyyden on oltava mukana koko opinnäytetyöprosessin ajan lähtien aiheenvalinnasta tulosten raportointiin ja eettistä työskentelyä tulee noudattaa paitsi opinnäytetyön tekijän, myös työelämätahon. (Kuokkanen, Kiviranta, Määttänen & Ockenström 2007,27.)

Aiheen rajaukset, joita opinnäytetyöprosessissa väistämättäkin tulee eteen, ovat niin ikään eettisiä valintoja ja niiden perusteiden tulee käydä ilmi opinnäytetyössä. Aikataulujen ja muiden työelämän sekä koulun kanssa tehtyjen sopimusten noudattaminen on myös osa eettistä työtapaa. (Kuokkanen ym. 2007,27.) Omat aiheenrajauksemme ja niiden perusteet, sekä oppaan lopullisen muotoutumisen perusteet tulevat ilmi opinnäytetyöstämme.

Opinnäytetyömme aineiston keruussa olemme käyttäneet uusinta mahdollista lähdemateriaalia ja yrittäneet pyrkiä ensisijaisten lähteiden käyttöön. Tämä vahvistaa teoreettisen osuuden luotettavuutta ja eettisyyttä. Meillä oli apuna artikkeleiden suomentamisessa henkilöitä, jotka ovat kirjoittaneet tieteellistä tekstiä englanniksi. Tämä vähentää asiavirheiden mahdollisuutta sillä halusimme kuitenkin käyttää lähteitä, joita ei ollut vielä saatavilla suomeksi. Englanninkielisten artikkeleiden käyttämistä perustelemme juuri uusimman mahdollisen tutkimustiedon mahdollisimman tehokkaalla hyödyntämisellä opinnäytetyössämme.

Aineiston keruuta varten oli osastonhoitaja apunamme valitsemassa, keitä hoitajia olisi hyvä haastatella mahdollisimman kattavan käsityksen luomiseksi oppaan tekemistä varten. Olemme käsitelleet työssämme haastatteluprosessia, kysymysten valintaa, perustelleet valintaamme käyttäen keskustelumuotoista haastattelua sekä liitteeksi olemme laittaneet haastattelukysymykset sekä saatekirjeen.

Itse produkti eli opas on laadittu hoitajien vastausten perusteella. Halusimme, että opas sisältää osastolla M1 käytössä olevia toimintatapoja, ei niinkään uusimpia maailmalla käytössä olevia ohjeita, joita ei kenties voisi soveltaa osaston käytänteisiin. Haastattelun vastauksista, jotka olimme kirjanneet paperille haastattelun aikana, kokosimme yhteenvedon, jonka hyväksyimme osasto M1:n asiantuntijoilla. Haastateltavat saivat tässä vaiheessa vielä tehdä korjauksia asiasisältöihin, joka lisää luotettavuutta.

Haastateltujen hoitajien nimiä ei työssämme ole käytetty, eikä vastauksia eritelty. Tämä oli alussa yhteisesti osastolla päätetty raja, jota olemme noudattaneet. Olemme siis työssämme ja oppaassa viitanneet hoitajien haastatteluiden yhteenvedon, sillä työme kannalta yksilöllisiä vastauksia ei ollutkaan tarpeen tulla ilmi.

Haastatteluista oli mielestämme tarpeeksi, jotta saimme asianmukaisen tiedon. Jos olisimme haastatelleet useampia hoitajia, olisi joitain uusia näkökulmia saattanut tulla esiin. Ajankäytön ja osaston oman toiveen takia pidämme osastonhoitajaa, fysioterapeuttia sekä neljää osastolla työskentelevää hoitajaa riittävänä määränä. Haastatteluiden aineistot olemme säilyttäneet vain itsellämme, eikä kukaan muu, kuin kyseisessä haastattelussa paikalla ollut hoitaja tai fysioterapeutti ole yksittäisiä vastauksia lukenut. Kaikki paikalla olleet hoitajat sekä molemmat paikalla olleet fysioterapeutit saivat kommentoida ja tehdä muutosehdotuksia oppaaseen. Jätimme mahdollisuuden vielä niille, jotka osastotunnilla eivät olleet, kommentoida opasta sähköpostitse.

Opas ei ole yleispätevä, sillä se on tehty ja koottu yhden tietyn osaston toimintatavoista ja vain tämän osaston hoitajia haastatteleamalla. Kuitenkin oppaassa on sellaisia asioita mitä voitaisiin mahdollisesti hyödyntää joillain toisilla vastaavilla osastoilla. Tällöin oppaan käyttöönotto vaatisi muokkaamista sellaiseksi, että se olisi käyttökelpoinen kyseisen osaston tarpeisiin.

Lähdekritiikki on merkittävä osa opinnäytetyön luotettavuutta (Kuokkanen ym. 2007,30). Olemme karsineet aineistosta pääasiallisesti kaikki yli kymmenen vuotta vanhat aineistot pois muutamaa lähdettä lukuun ottamatta. Lisäksi olemme arvioineet kunkin lähdetekoksen kohdalla erikseen, kuinka se vastaa opinnäytetyömme tavoitteisiin ja kuinka ammatillista tietoa on. Pääasiallisina lähteinä olemme pyrkineet käyttämään uusia hoitotieteellisiä artikkeleita sekä tutkimuksia. Työssämme keskeisenä tietolähteenä valvontaosaston hoitotyöstä ovat haastattelut, joiden luotettavuutta olemme tässä kappaleessa jo arvioineet.

9.2 Oma ammatillinen kasvu

Produktille tärkeä lähtökohta oli, että aihe oli molempia kiinnostava. Olemme kiinnostuneita akuutisti ja kriittisesti sairaan aikuisen potilaan hoitotyöstä. Ammatillisuutemme kannalta opinnäytetyöprosessi on siis ollut hyödyllinen ja motivoiva. Koska tämän opinnäytetyöntyön valmistuttua menemme molemmat töihin valvontaosastolle, on tiedon kerääminen ja sen arviointi ollut mielekästä ja toivomme, että voimme siirtää saamaamme tietoa omaan työskentelyymme hoitajina. Koemme, että emme ole siis tehneet työtä pelkästään sen itsensä vuoksi, vaan todella hyötyneemme siitä.

Sairaanhoitajan koulutusohjelmakohtaisten kompetenssien (2006) kohdista olemme tämän prosessin avulla ja siihen käytettyjen tietolähteiden avulla vahvistaneet osaamisemme erityisesti seuraavilla osaamisalueilla. Olemme oppineet tunnistamaan erilaisia toimintavajauksia ihmisessä, tämän työn avulla kuten hengitysvajauksen tunnistamista ja sen hoitoa sekä sairauksien etiologiaa ja lääketieteellisiä hoitoprosesseja valvontaosastolla tapahtuvasta hoidosta sekä yleisimmistä sisätaudeista.

Yksilön tukemiseen ja aktivointiin olemme saaneet työmme avulla monenlaisia valmiuksia. Tämä kompetenssien osa-alue on ollut erityisen tarkassa tarkastelussa opinnäytetyöprosessimme aikana ja koemme, että etenkin tällä osa-alueella tietomme ja taitomme ovat vahvistuneet. Myös potilaan perheen tukemiseen olemme saaneet hoitotieteellistä näkemystä, joka vahvistaa uskallusta ottaa tulevassa työssämme omaiset entistä paremmin huomioon. Kompetenssien mukaan sairaanhoitajan tulee myös ottaa vastuuta potilaan terveyden, voimavarojen ja toimintakyvyn ylläpitämisestä, joka on ollut myös

keskeisessä roolissa työmme kannalta. Myös edellä mainitun hoitotyön alueen koemme tutuksi, ainakin valvontaosastolla tapahtuvan hoidon alueella. Kuntouttava hoitotyö kokonaisuutena on mielestämme se sairaanhoitajan osaamisvaatimusten osa-alue, johon olemme saaneet vahvistusta sekä käytännön, että hoitotieteen kannalta.

Potilaan kokonaisvaltainen hoito on koko koulutusohjelmamme aikana ollut melko hyvin esillä, mutta tämän prosessin aikana olemme saaneet erityisesti kriittisesti sairaan potilaan kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön ainakin teoriapohjaisia valmiuksia, joita voimme vahvistaa ja soveltaa käytäntöön tulevassa sairaanhoitajan ammatissamme. Näitä kokonaisvaltaisen hoidon alueita ovat potilaan fyysinen, psyykinen, hengellinen ja sosiaalinen turvallisuus. Potilaan tilan, oireiden ja hoidon vaikuttavuuden arvioinnista olemme syventyneet toki erityisesti hengitysvajauspotilaan hoitoon ja arviointiin, mutta tätä kautta koemme saaneemme valmiuksia myös muiden, erityisesti sisätautipotilaiden tarkkailuun. Potilaan kivun lievittämisestä, apuvälineiden käyttöä hoitotyössä, kokonaisuuden arviointia ja lääkärin hoito-ohjeiden noudattamista olemme käsitelleet työssämme ja näin saaneet näistäkin osaamisalueista tietoa.

Tutkimustulosten hoitoon siirtäminen eli näyttöön perustuva hoitotyö on ollut yksi lähtökohdistamme opinnäytetyössämme. Näyttöön perustuvuus on myös yksi sairaanhoitajan osaamisalue. Koemme sen melko haasteelliseksi osa-alueeksi, toisaalta myös yhdeksi tärkeimmistä. Oman työskentelyn tarkasteleminen tasaisin väliajoin on osa sairaanhoitajan ammatillisuutta. Toteuttamamme hoitotyö tulisi olla näyttöön perustuvaa ja sen tulisi säilyä sellaisena myös myöhemmässä vaiheessa ammattiurallamme. Tämän vuoksi on tärkeää, että muokkaamme työskentelytapojamme jatkossa uusimman, parhaaksi havaitun tiedon mukaiseksi päivittämällä tasaisin välein tietotaitojamme.

9.3 Oma pohdintamme produktiosta

Opinnäytetyöprosessi itsessään oli haasteellinen, mutta antoisa. Parityönä tuotettava opinnäytetyö loi omat haasteensa opinnäytetyön tekemiseen esimerkiksi aikataulujen yhteen sovittamisen kannalta. Koemme kuitenkin, että parityöskentely oli meille sopiva vaihtoehto ja uskomme, että olemme saaneet työhöemme monipuolisempaa näkökulmaa yhdessä tekemisen myötä.

Opinnäytetyö kokonaisuutena oli mielestämme onnistunut. Opinnäytetyön tuotoksena syntynyt opas kokoaa tällä hetkellä valvontaosastolla käytössä olevat käytännöt hengityslaitetilaan mobilisointiin liittyen ja siitä hyötyvät eniten opiskelijat sekä uudet työntekijät. Kokeneet työntekijät hyötyvät oppaasta työvälineenä perehdytyksessä ja opiskelijan ohjauksessa. Lisäksi sitä tullaan hyödyntämään myös sairaalan fysioterapeuttien perehdytyksessä ja ohjauksessa. Prosessin aikana käsittelemiemme tutkimusten mukaan yhtenäiset käytännöt motivoivat hoitajia, edistävät kuntouttamisen varhaista aloittamista ja sen tuloksellisuutta. Opas yhtenäistää osaston käytännöt hengityslaitetilaan mobilisoinnissa.

Tieteelliset artikkelit olivat osana työelämälähtöisyyttä oppaan ohella, sillä osastolta tuli toive uudesta, kansainvälisestä näkökulmasta opinnäytetyöhömmä. Tämä on tekijä, mikä vaikuttaa kokeneiden työntekijöiden tietoperustaan. Uskomme, että opas sekä itse opinnäytetyö herättää keskustelua työntekijöiden keskuudessa. Opinnäytetyömme antaa uutta näkökulmaa siitä, mitä kuntouttava hoitotyö voisi tulevaisuudessa olla.

Käytäntöjen muuttaminen vaatii moniammatillisen ja hyvän kokemuksen omaavan ryhmän. Tämän vuoksi emme voineet opiskelijoina edes ajatella siirtävämme uusien tutkimustulosten mukaisia käytäntöjä oppaaseen. Uskomme, että toiminta tulee jatkossa kehittymään uusien tutkimusten pohjalta. Tekemämme opas on olemassa myös sähköisenä versiona ja toivomme, että se tulevaisuudessa muokkaantuu, jos uusia käytäntöjä tulee käyttöön.

Ehdotamme tältä pohjalta, että oppaan käyttöä ja toimivuutta kartoitettaisiin myöhemmin, kun opas on ollut käytössä osastolla riittävän pitkän ajan. Tässä opinnäytetyösämme esiteltyjen tutkimusten pohjalta nousseiden protokollien soveltava siirtäminen osaston käytänteisiin voisi olla toivottavasti mahdollista tulevaisuudessa. Jos näin käy, niin toivomme, että uudet käytännöt siirtyvät myös oppaaseen.

Helsingin kaupungin sairaaloissa kuntoutus on yksi tämän hetkisistä kehitysalueista ja kuntoutuksen osalta eletään tällä hetkellä muutosvaihetta. Helsingin kaupungilla onkin meneillään hanke toimintakykyä edistävän työotteen juurruttamisesta. Hankkeen tarkoituksena on yhtenäistää kuntoutuksen edistymisen tarkempaa kirjaamista. Lisäksi tavoitteena on potilaan lähtötilanteen kuten aiemman toimintakyvyn ja elämäntilanteen kar-

toittaminen sekä sen kirjaaminen. Näin voitaisiin taata jatkuvuus kuntoutusprosessissa potilaan siirtyessä jatkohoitoon. (Nieminen 2010 2.) Tämä hanke voisi vaikuttaa oppaan sisällön muokkaamiseen lähitulevaisuudessa, kun uusia kuntoutuksen käytäntöjä on juurrutettu hoitotyön työelämään.

Mikäli jatkamme opintojamme tai jatkamme työskentelyä valvontaosastolla, olemme valmiita itse tekemään mahdollista jatkotutkimusta ja oppaan toimivuuden arviointia. Näkökulma hoitotyön ammattilaisena on siinä vaiheessa kehittynyt joidenkin työvuosien jälkeen ja tutkimuksessa olisi tällöin meidän näkökulmamme sairaanhoitajina, hoitotyön ammattilaisina.

LÄHTEET

- Arponen, Ritva & Airaksinen, Olavi 2001. Hoitava Hieronta. Porvoo, WSOY.
- Bailey, Polly; Thomsen, George; Spuhler, Vicki; Blair, Robert; Jewkes, James; Bezdjian, Louise; Veale, Kristy; Rodriquez, Larissa & Hopkins, Ramona. Early activity is feasible and safe in respiratory failure patients. Crit Care Med 2007 Vol. 35, No.1, 139–145
- Brander, Pirkko & Vuori, Arno 2000. Hengitysvajaus. Teoksessa Jaakko Herrala, Päivi Hämäläinen, Markku Järvinen ja Eija Karivaara (toim.) Hengityshoito 4. Etelä-Hämeen Keuhkovammayhdistys ry. 63–80
- Eränen, Liisa; Hynninen, Tuula; Kantonen, Irja; Saari, Salli; Saarinen, Mikael; Palonen Kirsti & Yli-Pirilä, Pia 2010. Äkillisen kriisin vaiheet – Psykkinen ensiapu. Suomen Punainen Risti. Duodecim 2010. Viitattu 31.3.2010. Terveyskirjasto.fi
- Ghenoun, Tuija; Salminen, Jaana; Tanhua Marita & Holmlund Leif. Vanhusten kuntouttava hoitotyö päivystyspoliklinikalla–hoitajien näkemyksiä. Suomen Potilaslehti 1/2007, 6–9.
- Haanpää, Virpi 2010. Malmin sairaala os. M1 fysioterapeutin haastattelu.
- Hellman, Lasse 2007. Syöpäpotilas ja masennus. Suomen Potilaslehti 1/2007, 13.
- Hengityслиitto Heli ry. Hengittäminen. Hengityслиitto Heli ry:n opas. Viitattu 23.3. 2010 http://www.hengityслиitto.fi/content/Julkaisut_materiaalit/Oppaat_aineistot/Astmaoppaat/Hengittaminen.pdf
- Herrala, Helinä; Kahrola, Tytti & Sandström, Maria 2008. Psykofyysinen ihminen. Helsinki, WSOY.
- Hoitajat 2010. Yhteenvedo Malmin sairaala os. M1 hoitajien haastatteluista.
- Hopkins & Spuhler 2009. Strategies for Promoting Early Activity in Critically Ill Mechanically Ventilated Patients AACN Advanced Critical Care Volume 20, No. 3, 277–289
- Huovinen 2009. Painehaavat. Duodecim. Viitattu 30.1.2010 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00313
- Iivanainen, Ansa & Kuha, Anna-Kaisa 2001. Hengittäminen. Teoksessa Ansa Iivanainen, Mari Jauhiainen & Pirjo Pikkarainen: Hoitamisen taito. Helsinki, Tammi 349–389.

- Johnson, Karen & Meyenburg Tim 2009. Physiological Rationale and Current Evidence for Therapeutic Positioning of Critically Ill Patients. AACN Advanced Critical Care 2009, Vol 20, No3, 228–240
- Kaila, Arja 2008. aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ja hänen omaisensa tukeminen ja ohjaus hoitotyössä- metasynteesi. Hoitotiede 1/2009 vol. 21, 3–12
- Katajainen, Antero; Lipponen, Krisse & Litovaara, Anneli 2003. Voimavarat käyttöön. Helsinki, Duodecim.
- Koponen, Leena; Häggman-Laitila, Arja & Mattila, Lea-Riitta 2007. Perheenjäsenen tehohoito omaisen näkökulmasta – katsaus hoitotieteelliseen tutkimustietoon. Hoitotiede Vol.20, no 1/-08, 3-13
- Koulutusohjelmakohtaiset kompetenssit 2006. Hoitotyön koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto.
- Kylmä, Jari 1996. Toivon dynamiikka – Inhimillisen olemassaolon uudistuksen lähde. Tampere, Kirjayhtymä.
- Kymenlaakson sairaanhoitopiiri 2008. Kuntouttava hoitotyö. Viitattu 1.12.2009. Terveyskirjasto. Duodecim. (<http://www.terveyskirjasto.fi>)
- Kähäri-Wiik, Kaija; Niemi, Aira; Rantanen, Anneli 2006. Kuntoutuksella toimintakykyä. Helsinki, WSOY.
- Käypähoito 2006. Äkillisen hengitysvajauksen hoito. Viitattu 17.11.2009. www.kaypahoito.fi
- Lakanmaa Riitta-Liisa & Leino-Kilpi Helena 2010. Tehopotilaan kuntoutus tutkimusten kertomaa. Tehohoito 1/2010, 27–29
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Larmila 2010. Vieroitus hengityslaitteesta. Vieroitus pitkittyneen hengityslaittehoidon jälkeen. Teoksessa Teho- ja valvontahoitotyön opas. Kaarlola, Anne; Larmila, Maarit; Lundgren- Laine, Heljä; Pyykkö, Anita; Rantalainen, Heidi ja Ritmala- Castren, Marita (toim.). Helsinki, Duodecim.
- Launonen, Kaisa & Roisko, Eija 2001. Kommunikaatio. Teoksessa Tapani Kallaranta, Paavo Rissanen ja Ilpo Vilkkumaa (toim.) Helsinki, Duodecim, 467–476.
- Lauri Sirkka & Leino-Kilpi Helena 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohdat. Teoksessa Sirkka Lauri (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki, WSOY, 7–10
- Morris, Goad Thompson, Taylor Harry, Passmore, Ross, Anderson, Baker, Sanchez, Penley. Howard, Dixon, Leach, Small, Hite & Haponik 2008. Early inten-

- sive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure. Crit Care Med 2008 Vol. 36, No. 8, 2238–2243
- Mäntynen, Raija; Sivenius, Juhani & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2008. Kuntoutumista edistävä hoitotyö näkyväksi – terveydenhuollon ammattihenkilöiden näkemyksiä aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisestä kuntoutuksesta. Hoitotiede 1/2009 vol.21, 23–33
- Nieminen, Leila 2010 1. Malmin sairaala osastonhoitaja M1, suullinen tiedonanto 30.3.2010.
- Nieminen, Leila 2010 2. Malmin sairaala osastonhoitaja M1, suullinen tiedonanto 19.4.2010.
- Ohtonen, Helena 2006. Potilasohjaus – hoitotyön punainen lanka. Sairaanhoidajalehti 10/2006.
- Perehdytyskansio 2005. Malmin sairaala os. M1.
- Perme, Christiane & Chandrashekar, Rohini 2009. Early Mobility and Walking Program for Patients in Intensive Care Units: Creating a Standard of Care. American Journal of Critical Care 2009/18, 212–221.
- Pettilä, Ville 2001. Potilaiden valinta tehohoitoon. Teoksessa Kimmo Luomanmäki, Erkki Elonen ja Matti Vuoristo (toim.) Meilahden akuuttihoito-opas. Duodecim. 484–486.
- Routasalo, Pirkko 1997. Fyysinen kosketus iäkkäiden potilaiden kokemana. Gerontologia 4/1997, 292–299.
- Sakala Sari. Puhallus pulloon. Hengityслиitto ry. Viitattu 23.3. 2010.
www.hengityслиitto.fi
- Salanterä, Sanna & Hupli Maija 2003. Tutkitun tiedon hankinta ja arviointi. Teoksessa näyttöön perustuva hoitotyö, toim. Sirkka Lauri. Juva: WSOY. 21–39
- Schweickert, William; Pohlman, Mark; Pohlman, Anne; Nigos Celerina; Pawlik, Amy; Esbrook, Cheryl; Spears, Linda; Miller, Megan; Franczyk, Mietka; Depri-zio, Deanna; Schmidt, Gregory; Bowman, Amy; Barr, Rhonda; McCallister, Kathryn; Hall, Jesse & Kress, John. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. www.thelancet.com Vol 373 5/2009, 1874–1882
- Selander, Maarit 2001. Hoitavan työryhmän merkitys toivon ja voimaantumisen kannatellussa lapsen, perheen ja omahoitajan yhteistyösuhteessa. Teoksessa Lähimmäisen rakkauden puolustus – uusvanha näkökulma hoitotyöhön. Har-

- ri Kankare, Pirjo-Liisa Hautala-Jylhä & Terttu Munnukka (toim.) Helsinki, Tammi 2001,122-133
- Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 2003:19 2004. Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen neuvottelukunta.
- Sundqvist, Christer 2007. Diabetesepidemia tulee—oletko valmis? Suomen Potilaslehti 1/2007, 10–12.
- Suomen Tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 1997. Viitattu 18.11.2009
<http://www.sthy.fi/infot/eettiset.pdf>
- Uuttu Hilka 2009. Vesi-PEP tyhjennyshoito. Potilasohje. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Viitattu 23.3.2010. <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/3086/6973/>
- Vainio, Anneli 2009. Voiko kipua mitata? Hippokrates. Duodecim: Kivun hallinta.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_teos=kha&p_artikkeli=kha00025
- Varpula, Tero & Valta, Päivi 2003. Tehohoitopotilaan hengityslaittehoito. Lääkärilehti 2003;58(13) Suomen Lääkäriliitto, 1537–1542.
- Vilkka, Hanna & Airaksinen, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Winkelman, Chris 2009. Bed Rest in Health and Critical Illness—A Body Systems Approach. AACN Advanced Critical Care 2009 Vol.20. No3, 254–266

OPAS HENGITYSLAITEPOTILAAN MOBILISOINTIIN

- HOITAJAN AKTIIVISUUS
 - Ole aktiivinen
 - Pyydä lääkäriltä lupaa esimerkiksi tuoliin siirtämiseen, jos näyttää siltä, että siirtyminen saattaisi olla mahdollinen.
- LÄÄKÄRIN LUPA
 - Lääkäri antaa luvan mobilisoinnille
 - Lääkäri tekee lähetteen fysioterapiaan Pegasos-ohjelmaan
- FYSIOTERAPEUTTI
 - Asentohoidon suunnittelu
 - Alkuvaiheen mobilisointi ja jatkokuntoutuksen suunnittelu yhdessä fysioterapeutin kanssa.
 - Erityisesti tuoreiden neurologisten- ja murtumapotilaiden fysioterapia
- SUUNNITELMALLISUUS
 - Varaa tarvittava välineistö
 - Apuvälineet siirtymistä varten
 - Mobilisoinnin yhteydessä suoritettavien hoitotoimenpiteiden välineistö
 - Varaa tarpeeksi henkilökuntaa paikalle
 - Ennalta sovittu työnjako
 - Huolehdi, että lääkäri on tavoitettavissa, jos tilanne vaatii
- TARKISTA LAITTEET JA LETKUT
 - Tarkista, että riittävät siirtoon.
 - Tarkista, että ovat kunnolla kiinni.
- POTILAAN VALMISTAMINEN
 - Kivun hoito ajoissa, jotta sillä on vastetta (kysy lääkäriltä)
 - Henkinen valmistaminen:
 - Pelkojen lievittäminen.
 - Kannustaminen: kerro mitä hyötyä mobilisoinnista on kuntoutumisen kannalta potilaalle
 - Kerro potilaalle mitä tullaan tekemään, miten ja miksi
 - Kuuntele potilasta. Potilaan tuntemukset ja toiveet ovat tärkeitä.
 - Muista potilaan itsemääräämisoikeus

- MITÄ TARKKAILLA POTILAASSA SIIRTYMISEN AIKANA?

- Yleistilan muutoksia
 - Potilaan ihon väriä, huimausta, yleisvointia
- Vitaalielintoimintoja monitorilta
- Ko-operointi
- Motorista suoriutumista:
 - Miten potilaan liikkuminen onnistuu
 - Tasapaino
 - Lihastonus
 - Ryhti

- OMAISET

- Huomioi omaiset ja informoi heitä Ajantasainen tieto omaisen tilasta lievittää pelkoja.
- Voivat toimia kannustajina ensimmäisten mobilisointitilanteiden ulkopuolella. Myöhemmässä vaiheessa he voivat olla tilanteen salliessa mukana mobilisointitapahtumassa.
- Omaiset ovat informaation lähde. Omaiset tuntevat potilaan terveenä ihmisenä ja tietävät lisäksi potilaan aiemmasta toimintakyvystä.

- ESTEITÄ MOBILISOINNILLE

- Potilaan yleistila ei salli mobilisointia lainkaan
 - Elvytetty potilas: ensimmäinen vuorokausi
- Esteitä tuoliin siirtämiselle:
 - Potilaalla on paha sydämen vajaatoiminta
 - Keuhkoembolia
 - Potilas ei ko-operoi
 - Sedaatio
- Muita mobilisointiin vaikuttavia tekijöitä
 - Murtumat, haavat

- MOBILISOINTI JA KUNTOUTTAVA TYÖOTE

- On edellytys potilaan paranemiselle
- Aloitetaan heti, kun mahdollista
- Kannusta potilasta olemaan aktiivinen ja mukana toiminnassa silloin, kun potilaan vointi sallii sen.
- Mobilisoimatta jättäminen on este paranemiselle.



- TAPOJA MOBILISOINNISSA AVUSTAMISEEN

- Asentohoidot

- Aloitetaan varhaisessa vaiheessa
- Pystyasento paras hengittämisen kannalta
- Potilaat ovat tapauskohtaisia, tapaus määrittää parhaat asennot.
- Istuva asento mekaanista sänkyä hyödyntäen.

- Istuminen vuoteen laidalla

- Istumista voidaan harjoitella ensin vuoteen laidalla fysioterapeutin tai hoitajan vieressä ollessa
- Vuoteen laidalla voidaan hakea tasapainoa ennen tuoliin siirtymistä

- Tuoliin siirtyminen

- Nosturin avulla (tai muita apuvälineitä hyödyntäen). Nosturi on yleensä turvallisin vaihtoehto
- Siirtyminen ilman nosturia on kuntouttavaa. Potilas joutuu hyödyntämään koko vartalon lihasvoimia.
- Ennalta sovitaan miten lähdetään siirtymään, jotta kaikki tietävät mitä tehdään, myös potilas.

- Pulloon Puhallukset (PUPU:t)

- Käytetään silloin, kun on mahdollisuus intermittointiin.
- Tärkeitä keuhkojen kuntouttamisen kannalta. Hoitajan tärkeää muistaa antaa potilaalle pullo puhalluksia varten aina kun mahdollisuus PUPU:ihin

- Potilasta voi kannustaa tekemään itsenäisesti vuoteessa pientä juppaa, kuten pyörittelemään nilkkoja tai liikuttelemaan sormia.



- **OLE KÄRSIVÄLLINEN**

- Asiat eivät suju aina suunnitelmien mukaan

- **TOISTOT**

- Toistot ovat tärkeitä kuntoutuksen etenemisen kannalta.

- **RAPORTOINTI JA KIRJAAMINEN**

- Kirjaa mitä on tehty ja miten potilas on reagoanut toimintaan
- Raportoi seuraavaan vuoroon tulijaa
 - jatkuvuus
 - keinot yksilöllisen mobilisoinnin toteuttamiseksi muotoutuvat yhtenäisiksi

LIITE 2: OPAS VERSIO 1

TOIMINTAOHJE HENGITYSLAITE POTILAAN MOBILISOINNIN- SA AVUSTAMISEEN, Malmin sairaala os. M1:llä

- LÄÄKÄRIN LUPA
 - Lääkäri antaa luvan mobilisoinnille
 - Lääkäri tekee lähetteen fysioterapiaan Pegasos-ohjelmaan

- FYSIOTERAPEUTTI
 - Asentohoidon suunnittelu
 - Alkuvaiheen mobilisointi ja jatkokuntoutuksen suunnittelu yhdessä fysioterapeutin kanssa.
 - Erityisesti tuoreiden neurologisten- ja murtumapotilaiden fysioterapia

- HOITAJAN AKTIIVISUUS
 - Ole aktiivinen
 - Pyydä lääkäriltä lupaa esimerkiksi tuoliin siirtämiseen, jos näyttää siltä, että siirtyminen saattaisi olla mahdollinen.

- SUUNNITELMALLISUUS
 - Varaa tarvittava välineistö
 - Apuvälineet siirtymistä varten
 - Mobilisoinnin yhteydessä suoritettavien hoitotoimenpiteiden välineistö
 - Varaa tarpeeksi henkilökuntaa paikalle
 - Ennalta sovittu työnjako
 - Huolehdi, että lääkäri on tavoitettavissa, jos tilanne vaatii

- TARKISTA LAITTEET JA LETKUT
 - Tarkista, että riittävät siirtoon.

- Tarkista, että ovat kunnolla kiinni.

- POTILAAN VALMISTAMINEN
 - Kivun hoito ajoissa, jotta sillä on vastetta (kysy lääkäriltä)
 - Henkinen valmistaminen:
 - Pelkojen lievittäminen.
 - Kannustaminen: kerro mitä hyötyä mobilisoinnista on kuntoutumisen kannalta potilaalle
 - Kerro potilaalle mitä tullaan tekemään, miten ja miksi
 - Kuuntele potilasta. Potilaan tuntemukset ja toiveet ovat tärkeitä.
 - Muista potilaan itsemääräämisoikeus

- MITÄ TARKKAILLA POTILAASSA SIIRTYMISEN AIKANA?
 - Yleistilan muutoksia
 - Potilaan ihon väriä, huimausta, yleisvointia
 - Vitaalielintoimintoja monitorilta
 - Ko-operointi
 - Motorista suoriutumista:
 - Miten potilaan liikkuminen onnistuu
 - Tasapaino
 - Lihastonus
 - Ryhti

- OMAISET
 - Huomioi omaiset ja informoi heitä

- Voivat toimia kannustajina
 - Omaiset ovat informaation lähde. Omaiset tuntevat potilaan terveenä ihmisenä ja tietävät lisäksi potilaan aiemmasta toimintakyvystä.
-
- ESTEITÄ MOBILISOINNILLE
 - Potilaan yleistila ei salli mobilisointia lainkaan
 - Elvytetty potilas: ensimmäinen vuorokausi
 - Esteitä tuoliin siirtämiselle:
 - Potilaalla on paha sydämen vajaatoiminta
 - Keuhkoembolia
 - Potilas ei ko-operoi
 - Sedaatio
 - Muita mobilisointiin vaikuttavia tekijöitä
 - Murtumat, leikkaushaavat
-
- MOBILISOINTI JA KUNTOUTTAVA TYÖOTE
 - On edellytys potilaan paranemiselle
 - Aloitetaan heti, kun mahdollista
 - Kannusta potilasta olemaan aktiivinen ja mukana toiminnassa silloin, kun potilaan vointi sallii sen.
 - Mobilisoimatta jättäminen on este paranemiselle.
-
- TAPOJA MOBILISOINNINNA AVUSTAMISEEN
 - Asentohoidot

- Aloitetaan varhaisessa vaiheessa
 - Pystyasento paras hengittämisen kannalta
 - Potilaat ovat tapauskohtaisia, tapaus määrittää parhaat asennot.
 - Istuva asento mekaanista sänkyä hyödyntäen.
- Istuminen vuoteen laidalla
 - Istumista voidaan harjoitella ensin vuoteen laidalla fysioterapeutin tai hoitajan vieressä ollessa
 - Vuoteen laidalla voidaan hakea tasapainoa ennen tuoliin siirtymistä
 - Tuoliin siirtyminen
 - Nosturin avulla (tai muita apuvälineitä hyödyntäen). Nosturi on yleensä turvallisin vaihtoehto
 - Siirtyminen ilman nosturia on kuntouttavaa. Potilas joutuu hyödyntämään koko vartalon lihasvoimia.
 - Ennalta sovitaan miten lähdetään siirtymään, jotta kaikki tietävät mitä tehdään, myös potilas.
 - Pulloon Puhallukset (PUPU:t)
 - Käytetään silloin, kun on mahdollisuus intermitointiin.
 - Tärkeitä keuhkojen kuntouttamisen kannalta. Hoitajan tärkeää muistaa antaa potilaalle pullo puhalluksia varten aina kun mahdollisuus PUPU:ihin
 - Potilasta voi kannustaa tekemään itsenäisesti vuoteessa pientä jumppaa, kuten pyörittelemään nilkkoja tai liikuttelamaan sormia.

- OLE KÄRSIVÄLLINEN
 - Asiat eivät suju aina suunnitelmien mukaan

- TOISTOT
 - Toistot ovat tärkeitä kuntoutuksen etenemisen kannalta.

- RAPORTOINTI JA KIRJAAMINEN
 - Kirjaa mitä on tehty ja miten potilas on reagoinut toimintaan
 - Raportoi seuraavaan vuoroon tulijaa
 - jatkuvuus
 - keinot yksilöllisen mobilisoinnin toteuttamiseksi muotoutuvat yhtenäisiksi

LIITE 3: SAATEKIRJE JA HAASTATTELURUNKO M1:N HOITAJILLE

Hei!

Olemme tekemässä opinnäytetyötä: Hengityslaitetilaan mobilisointi -kirjallinen ohjeistus Malmin sairaalan valvontaosastolle.

Tässä liitteenä muutamia kysymyksiä joiden pohjalta toivomme saavamme lisätietoa ohjeistuksen toteuttamiseen. Kaikkiin kysymyksiin ei tarvitse olla valmista vastausta. Haastattelut tulevat olemaan keskusteluluonteisia. Tässä kuitenkin hieman pohjaa, mistä asioista haluaisimme saada lisätietoa. Kenenkään sanomisia ei siirretä työhön sellaiseen vaan niitä käytetään lähinnä oppaan muodon ja sisällön muovaamisessa. Varsinaisessa opinnäytetyössä tulemme hyödyntämään keskusteluja lähinnä osuudessa, jossa kerromme osaston toimintatavoista ja käytänteistä.

Oppaan tarkoitus on koota ja yhtenäistää nykyisiä käytänteitä hengityslaitetilaan mobilisoinnissa.

Yst. Terv.

Elina Knutas ja Anna Karppi
sairaanhoitajaopiskelijat
Diakonia-ammattikorkeakoulu

HENGITYSLAITEPOTILAAN MOBILISOINTI – KIRJALLINEN OHJEISTUS

– kysymyksiä hoitajille

1. Mitkä ovat olleet yleisimpiä tapoja potilaan mobilisointiin?
 - Asentohoito?
 - Tuoliin avustaminen?
 - Muita tapoja? Kävelyttäminen?
2. Tarvitsisiko nykyisiä käytäntöjä muuttaa? Jos pitäisi muuttaa, niin miten ja miksi?
3. Missä aikataulussa potilaiden mobilisointi aloitetaan? Mitkä ovat esteitä mobilisoinnin aloittamiselle?
4. Miten ja mitä tarkkailla mobilisoitaessa potilasta?
5. Onko mobilisoinnista aiheutunut haittoja tai ongelmia potilaalle?

6. Millainen on fysioterapeutin ja hoitajan työnjako? Lääkärin osuus?

7. Käytetäänkö kuntoutussuunnitelmaa? Onko sellaisen käyttö mahdollista ja missä muodossa käytetään jos käytetään?

8. Onko omaisia otettu mukaan potilaan hoitotyöhön/kuntoutukseen?

9. Onko omaisten hyödyntäminen mahdollista? Miten?

10. Mitkä asiat ovat mielestäsi tärkeitä toimintaohjeen kannalta?

11. Mistä asioista kaipaisit lisätietoa aiheeseen liittyen?

12. Millainen olisi mielestäsi toimiva toimintaohje? (ulkoasu, pituus, informaation määrä jne...)

LIITE 4: FYSIOTERAPEUTTI VIRPI HAANPÄÄN HAASTATTELURUNKO

1. Mikä on fysioterapeutin rooli potilaan mobilisoinnissa?
2. Minkälaiset potilaat ovat olleet haastavimpia mobilisoinnin kannalta?
3. Mitä tietoja fysioterapeutilla on oltava potilaasta ennen mobilisoinnin aloittamista?
4. Mitkä asiat kehittäisivät mobilisoinnin toteuttamista osastolla?
5. Mitkä asiat pitäisi ottaa konkreettisesti huomioon potilasta mobilisoitaessa?
 - psyykkiset
 - fyysiset
 - kipu jne...
6. Minkälaisia tapoja on mobilisoida hengityslaitetilasta, muita kuin tällä hetkellä käytävissä olevia tapoja. Mitkä näistä tavoista saattaisivat olla mahdollisia ja hyödyllisiä toteuttaa tulevaisuudessa?
7. Olisiko mielestäsi oppaassa hyvä olla jotain työergonomiasta?
8. Mitä mieltä olet tämän hetkisestä toimintaohjeesta? Mitä asioita haluaisit lisättävän siihen?