

Suosittelvat käytänteet gynekologisen leikkausasennon luomiseen



Moisala Elisa, Moisander Julia

Laurea-Ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Suosittelvat käytänteet gynekologisen leikkausasennon luomiseen -Projektiraportti

Elisa Moisala
Julia Moisander
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu 2010

Elisa Moisala, Julia Moisander

Suosittelvat käytänteet gynekologisen leikkausasennon luomiseen

Vuosi 2010 Sivumäärä 42

Tämä projektiraportti on osa Laurea-ammattikorkeakoulun ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Naistenklinikan leikkaus- ja anestesiaosaston perioperatiivisen hoitotyön kehittämishanketta. Kehittämishanke perustuu yhteistyöhön, jossa opiskelijat, opettajat ja työelämän asiantuntijat työskentelevät yhdessä hankeympäristössä. Projektin tarkoituksena on kliiniseen ja tutkittuun tietoon sekä laatuohjeisiin perustuen kehittää gynekologisen potilaan hoitotyön laatua. Tämän projektiraportin tavoitteena on luoda suositeltavat käytänteet gynekologisen leikkausasennon luomiseen Naistenklinikan leikkaus- ja anestesiaosastolle.

Perioperatiivisessa hoitotyössä turvallisen leikkausasennon asettaminen on hyvin tärkeää ja se vaatii henkilökunnalta taitoa ja huolellisuutta. Oikea leikkausasento turvaa potilaan hyvinvoinnin toimenpiteen ja anestesian aikana. Leikkausasento on kompromissi potilaasta johtuvien liikerajoitusten, anestesiologisten näkökohtien ja kirurgin toivoman optimaalisen asennon välillä. Gynekologinen leikkausasento on potilaalle fyysisesti ja psyykkisesti hyvin rasittava. Asennon valmistelu vaatii tarkkaavaisuutta, jotta komplikaatiot voidaan ehkäistä ja intimitteettisuoja voidaan varmistaa. Oikeanlaisella leikkausasennolla pyritään välttämään asentoon liittyvät intra- ja postoperatiiviset komplikaatiot. Potilaan huonosti laitettu leikkausasento voi aiheuttaa muun muassa hermovaurioita, ihovaurioita sekä nivelten ja tukirangan kipuja. Komplikaatioiden ehkäisemisessä on tärkeää, että leikkausasento tehdään yhdessä potilaan kanssa ja koko tiimi kiinnittää huomiota potilaan asentoon. Hyvä leikkausasento on turvallinen ja huomioi potilaan erityispiirteet sekä samalla mahdollistaa hyvän näkyvyyden kirurgille ja antaa anestesiapuolen henkilökunnalle parhaat edellytykset hoitaa toimenpiteen aikaista anestesiaa.

Gynekologiseen leikkausasentoon luotujen suositusten tavoitteena on edistää korkeatasoista ja näyttöön perustuvaa perioperatiivista hoitotyötä, jossa käytetään tutkimus-, kokemus- ja suositusnäyttöä. Laadittavat suositukset ovat ohjeina työntekijöille sekä perehdytyksessä oleville uusille työntekijöille, varahenkilöstölle ja opiskelijoille.

Asiasanat: Gynekologinen leikkauspotilas, gynekologinen leikkausasento, gynekologia, perioperatiivinen hoitotyö

Elisa Moisala, Julia Moisander

Recommended practices for the gynaecological patient positioning

Year	2010	Pages	42
------	------	-------	----

This project report is a part of development project of the perioperative nursing care by Laurea University of Applied Sciences and Hospital District of Helsinki and Uusimaa Women's Hospital's surgical and anaesthetic departments. The development project is based on cooperation where the students, teachers and working professionals work together in the project environment. The purpose of the project report is to develop the quality of gynaecological operative patients' nursing care according to clinical data and researched information based on quality guidelines. The aim of this project report is to make recommended practices for gynaecological patient positioning for the surgery and anaesthetic departments in Women's Hospital.

Safe positioning of the patient is very important in perioperative nursing care. It requires knowledge and carefulness for the perioperative nurses. The correct position secures patient's welfare during the operation and anaesthesia. Position of the patient is a compromise for the restricted movements of patient, anaesthesiologist aspects and optimal position for the surgeon. Gynaecologic position is physically and psychologically stressful for the patient. Complications can be avoided and protection of privacy can be ensured by careful positioning. Correct positioning of the patient can avoid intra- and postoperative complications. Positioning the patient negligently can cause e.g. nerve damages, lesions and pain for the joints and skeleton. To avoid complications, it's very important to position the patient together with the patient, and the whole team has to pay attention to the positioning. Good gynaecologic position is safe, takes the special features of the patient into account and enables good visibility for the surgeon and the best possible conditions for the anaesthetist to take care of anaesthesia.

The aim of the recommended practices for the gynaecological patient positioning is to promote high standardised and evidence-based perioperative nursing care. Research, practice and reference evidence has been used in recommended practices. The recommendations serve as guidance for employees and in the orientation of employees, deputy staff and students.

Key words: Gynaecological operative patient, gynaecological position, gynaecology, perioperative nursing

Sisällys

1	PROJEKTIN TAUSTA	6
1.1	Projektin tarkoitus ja tavoitteet	6
1.2	Projektiryhmän kuvaus	7
1.3	Projektiympäristön kuvaus	7
1.4	Projektin eteneminen	8
1.5	Gynekologisen potilaan hoitopolku Naistenklinikalla.....	11
2	TIEDONHAKU	12
3	LAADUKAS PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ.....	13
3.1	Potilasturvallisuus	14
3.2	Hoitohenkilökunnan työturvallisuus ja ergonomia	15
4	KIRJALLISUUSKATSAUS GYNEKOLOGISEN LEIKKAUSASENNON LUOMISEEN	16
4.1	Gynekologinen potilas	16
4.2	Gynekologisen potilaan yksityisyys ja turvallisuudentunne	16
4.3	Gynekologisen potilaan ohjaus	18
4.4	Gynekologiset leikkaukset	18
4.5	Gynekologinen leikkausasento	20
4.6	Gynekologinen leikkausasento laparoskooppisessa toimenpiteessä	22
4.7	Gynekologisesta leikkausasetannosta johtuvat komplikaatiot	23
5	SUOSITELTAVAT KÄYTÄNTEET GYNEKOLOGISEN LEIKKAUSASENNON LUOMISEEN	26
6	PROJEKTIN ARVIOINTI	37
6.1	Projektin tuotoksen arviointi	38
6.2	Oman oppimisen ja ammatillisen kasvun arviointi.....	39

LÄHTEET

1 PROJEKTIN TAUSTA

Projektiraportti on osa Laurea-ammattikorkeakoulun ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Naistenklinikan hoitotyön kehittämishanketta (Aholaakko 2009: 2). Hanke perustuu Laurean kehittämään Learning by Developing-toimintamalliin, jossa oppimisen lähtökohtina ovat aidot työelämän kehittämistarpeet. Kehittämishanke perustuu yhteistyöhön, jossa opiskelijat, opettajat ja työelämän asiantuntijat työskentelevät yhdessä hankeympäristössä. (Laurea-ammattikorkeakoulun opetussuunnitelmat.)

Laurean ja HYKS:n Naisten- ja lastentautien tulosyksikön yhteistyöhankkeen tarkoituksena on näyttöön perustuvassa kehittämishankkeessa oppimalla kehittää hoitotyön laatua, hoitotyön ammatillisia kvalifikaatioita ja kehittämishankkeessa oppimista. Hankkeen tavoitteena on luoda verkostoitunut toimintatapa hoitotyön kehittämiseksi, joka mahdollistaa kehittämishankkeissa oppimisen. Toimiminen hankkeessa mahdollistaa henkilökunnan henkilökohtaisten voimavarojen ja ammattitaidon kehittymisen sekä opiskelijoiden oppimisen asiantuntijuuden kehittymisen, verkostoitumisen ja vaikutusmahdollisuuksien hyödyntämisen avulla. (Aholaakko 2009: 2.)

Projektiraportti kuuluu perioperatiivisen hoitotyön kehittämishankkeeseen Naistenklinikan leikkaus- ja anestesiaosastolla (Aholaakko 2009: 8). Sen aiheena on suositeltavat käytänteet gynekologisen leikkauksen luomiseen. Leikkaus- ja anestesiaosastolla on yleiset ohjeet leikkauksien luomisesta, mutta projektiraportin tarkoituksena on laatia suositeltavat käytänteet gynekologisen leikkauksen luomiseen. Tarkoitus on luoda optimaalinen ja turvallinen leikkauksen luomiseen, jossa potilaalle aiheutuvat riskit on minimoitu. Suositukset ovat ohjeina työntekijöille sekä perehdytyksessä oleville uusille työntekijöille, varahenkilöstölle ja opiskelijoille.

Leikkaushoitotyön luonne on muuttunut yhä kiireisemmäksi ja teknisemmäksi viime vuosien aikana. Henkilökunta vaihtuu tiheään ja toimintaa tehostetaan jatkuvasti, jolloin perehdyttämisen laatu ja tarve korostuu. (Aho-Konttinen & Haavisto 2006: 23.) Leikkauksen luomisen työskentelevien sairaanhoitajien työympäristö on muuttumassa yhä kuormittavammaksi. Hoitohenkilökunnalle lisää vaatimuksia on aiheuttanut muun muassa terveydenhuollon tiukentunut taloudellinen tilanne. Kiireiset ja stressaavat työolosuhteet nostavat jo ennestään intensiivisen työnkuvan vaatimustasoa. (Peltomaa 2010: 10.)

1.1 Projektin tarkoitus ja tavoitteet

Projektin tarkoituksena on kliiniseen ja tutkittuun tietoon sekä laatuohjeisiin perustuvalla työtavalla kehittää gynekologisen potilaan hoitotyön laatua. Projekti on työelämälähtöinen ja

sen tavoitteena on luoda suositeltavat käytänteet gynekologisen leikkausasennon luomiseen HUS:n Naistenklinikan leikkaus- ja anestesiaosastolle.

Projektiraportissa pyritään vastaamaan seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten luodaan gynekologinen leikkausasento, joka on potilaalle turvallinen ja minimoi intra- ja postoperatiiviset komplikaatiot?
2. Miten luodaan gynekologinen leikkausasento, joka mahdollistaa leikkausryhmän työskentelyn ja jossa huomioidaan potilaan erityispiirteet?
3. Miten huomioidaan laparoskooppinen toimenpide gynekologisessa leikkausasennossa?

1.2 Projektiryhmän kuvaus

Hankkeen yhteistyökumppanit ovat Laurea-ammattikorkeakoulusta hankekoordinaattori, yliopettaja Teija-Kaisa Aholaakko, ohjaava lehtori Marja Tanskanen sekä opiskelijat Julia Moisander ja Elisa Moisala. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Naistenklinikan leikkaus- ja anestesiaosastolta projektiryhmään kuuluvat leikkaus- ja anestesiaosaston osastonhoitaja Helena Vanttinen, osaston sairaanhoitaja ja osastonhoitajan sijainen Maija Parvio sekä sairaanhoitaja Paula Savolainen.

1.3 Projektiympäristön kuvaus

Projektiympäristönä toimii Naistenklinikan leikkaus- ja anestesiaosasto. Naistenklinikka kuuluu HYKS:n Naisten- ja lastentautien tulosityksikköön, joka muodostuu naistentautien, synnytysten, lastentautien, lastenkirurgian, lastenneurologian ja lastenpsykiatrian toiminnoista. Leikkausosastolla tehdään gynekologista syöpäkirurgiaa, hyvänlaatuista gynekologista kirurgiaa, gynekologista päiväkirurgiaa, elektiivisiä ja päivystyksen kautta tulevia keisarinleikkauksia, sikiöstä johtuvia raskaudenkeskeytyksiä sekä kaavintoja. Lisäksi osastolla leikataan rintarauhaskirurgisia potilaita. Leikkaus- ja anestesiaosasto huolehtii potilaan leikkaukseen valmistelusta, hoidosta leikkauksen aikana, leikkauksen jälkeisestä tarkkailusta ja yksilöllisestä hyvästä kivunhoidosta. (Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiri: Leikkaus- ja anestesiaosasto 2004.)

Leikkaus- ja anestesiaosastolla on kahdeksan leikkaussalia ja toimenpidehuone. Tällä hetkellä elektiivisiä leikkauksia tehdään päivittäin kuudessa salissa. Päivystystoimintaa tapahtuu ympärivuorokautisesti. Kiireellisiin leikkauksiin ja hätäleikkauksiin päivystystiimi kootaan päivisin salien valvovista sairaanhoitajista. Satunnaisesti myös ryhmänjohtaja voi toimia osana päivystystiimiä, yleensä valvovana sairaanhoitajana. Päivystystoiminta mukaan lukien

leikkaussaleja voi olla samaan aikaan käytössä seitsemän. (KVTES: Osastonhoitajan tehtävien vaativuuden arviointi.)

Elektiivisiä leikkauspotilaita osastolla on päivittäin noin 16-18. Päivystyspotilaita on noin 2-10 vuorokaudessa. Lisäksi heräämössä on tehostetussa tarkkailussa olevia potilaita noin 1-4 vuorokaudessa. Heräämössä, jossa tapahtuu postoperatiivinen valvonta ja tehostettua tarkkailua vaativien potilaiden hoito, on 17 potilaspaikkaa. Se toimii ympärivuorokautisesti. (KVTES: Osastonhoitajan tehtävien vaativuuden arviointi.)



Kuva 1: Projektityöympäristö

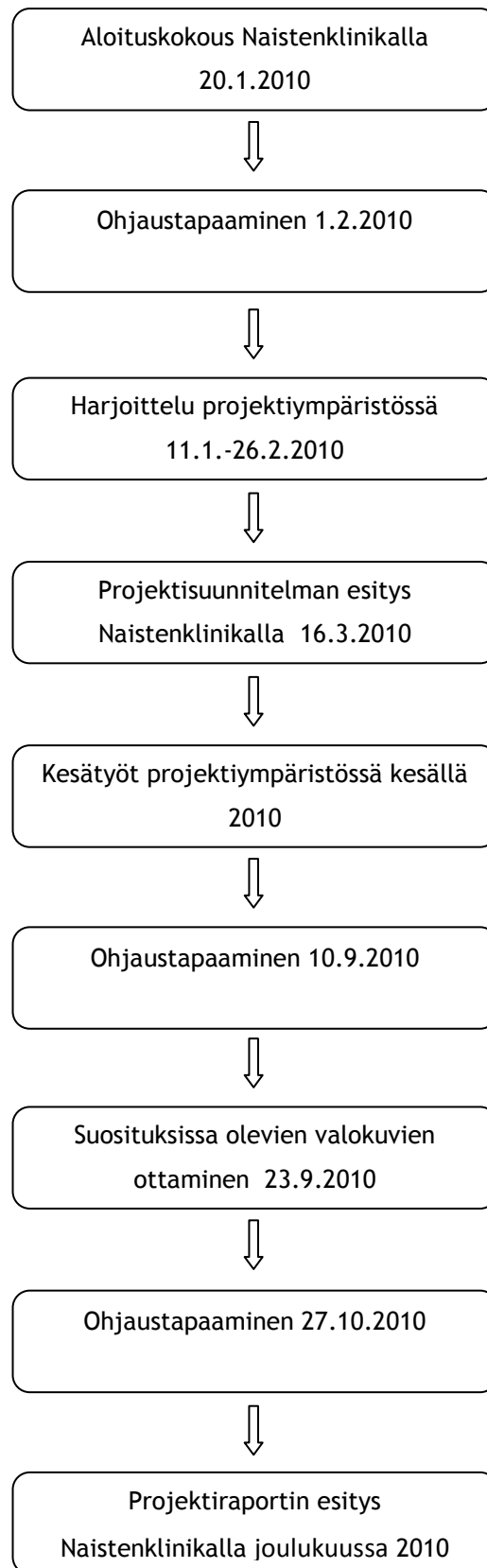
1.4 Projektin eteneminen

Projekti käynnistyi aloituskokouksella, jossa päätettiin leikkausasento, johon suositukset laaditaan sekä tarkennettiin aihetta. Kokouksessa määritettiin projektiryhmä ja opinnäytetyön tarkoitus sekä keskusteltiin alustavasti projektin tuotosten muodosta. Aloituskokouksessa projektin tarkoituksiksi ja kehittämiskohteeksi tarkentui gynekologisen leikkauspotilaan hoitotyön kehittäminen Naistenklinikan leikkaus- ja anestesiaosastolla. Yksityiskohtaiseksi tavoitteeksi muodostui kuvitettujen suositeltavien käytänteiden luominen gynekologiseen leikkausasentoon. Sovittiin, että opiskelijat huomioivat myös laparoskooppisen toimenpiteen suosituksissa.

Työn etenemistä ja gynekologisen leikkausasennon toteuttamisen hahmottamista edisti opiskelijoiden seitsemän viikon mittainen harjoittelu tammi-helmikuussa Naistenklinikan leikkaus- ja anestesiaosastolla. Kliinisen työn tekeminen ja gynekologisten leikkausten havainnoiminen avasi näkemystä, muun muassa siitä, millaisia asioita leikkausasennon luomisessa tulee ottaa huomioon ja millaiset mahdollisuudet Naistenklinikan leikkaus- ja anestesiaosastolla on toteuttaa laadittuja suosituksia.

Projektin tausta, tavoitteet ja tarkoitus esitettiin suunnitelmaseminaarissa Naistenlinikalla 16.3.2010. Ennen suunnitelmaseminaria opiskelijat kävivät opinnäytetyötä ohjaavan opettajan ohjauksessa, jossa opinnäytetyön suunnitelma ja eteneminen tarkentui. Projektiryhmään kuuluvien henkilöiden kanssa sovittiin aikatauluista. Suunnitelmaseminaarissa tarkentuivat projektiraportin tavoitteet sekä opiskelijoille annettiin kehitysehdotuksia.

Suunnitelmaseminaarin jälkeen opiskelijat jatkoivat projektiraportin tekemistä. Kesän 2010 opiskelijat olivat Naistenklinikan leikkaus- ja anestesiaosastolla töissä, jonka jälkeen työn tekemistä jatkettiin syksyllä tiiviisti. Syksyllä opiskelijat saivat ohjausta ja korjausehdotuksia ohjaustapaamisissa lehtori Marja Tanskasen kanssa. Projektiraportti valmistuu aikataulun mukaan marraskuussa 2010.

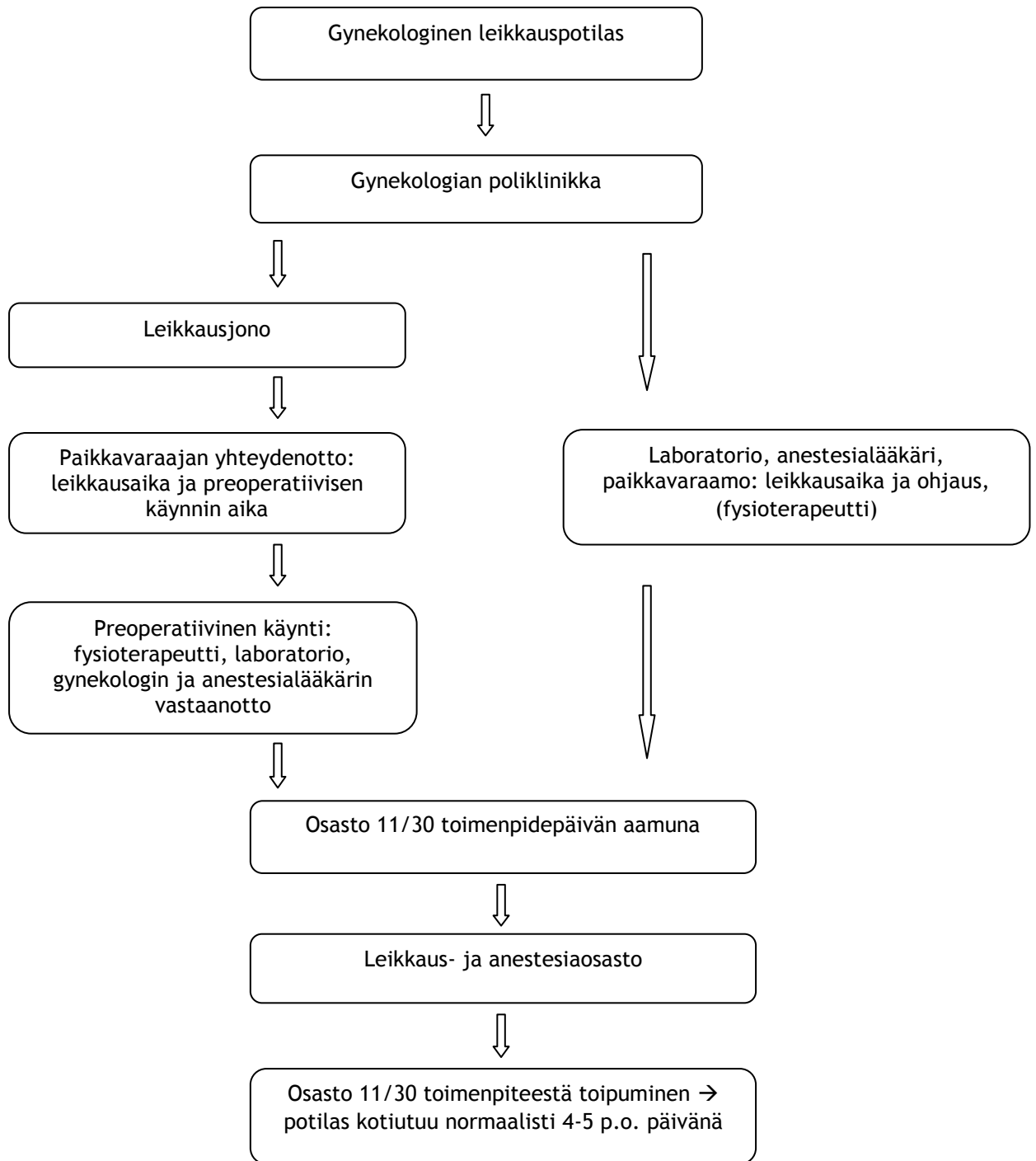


Kaavio 1: Projektin eteneminen

1.5 Gynekologisen potilaan hoitopolku Naistenlinikalla

Gynekologiset leikkauspotilaat tulevat Naistenlinikalle terveyskeskuslääkärin tai yksityislääkärin läheteellä. Lähetteen saatuaan potilas saa ajan gynekologian poliklinikalle ja vastaanotolta potilas laitetaan leikkausjonoon tai paikkavaraamoon varaamaan leikkausaikaa. Potilas käy anestesia­lääkärillä, laboratoriossa ja paikkavaraamossa saamassa leikkausajan ja ohjauksen leikkaukseen liittyvistä asioista, jos leikkauspäätös tehdään jo ensikäynnillä. Fysioterapiassa hän voi käydä eri päivänä. Leikkausjonoon laitettut potilaat saavat ajan leikkaukseen ja preoperatiiviseen käyntiin puhelimitse tai kirjeitse paikkavaraamosta. Preoperatiivisella käynnillä potilaat käyvät fysioterapiassa ja laboratoriossa sekä gynekologin ja anestesia­lääkärin vastaanotoilla. (Alasoini 2010.)

Leikkaukseen tuleva gynekologinen potilas saapuu osasto 30:lle tai osasto 11:lle leikkauspäivän aamuna, josta hän siirtyy leikkaussaliin. Toimenpiteen jälkeen hänet viedään heräämöhön ja siitä takaisin samalle osastolle 30 tai 11. (Lehtonen & Mäkelä 2009: 7.) Osastot 30 ja 11 ovat gynekologisille potilaille tarkoitettuja kirurgisia vuodeosastoja. Kuvassa 1. on kuvattu gynekologisen leikkauspotilaan hoitopolku Naistenlinikalla.



Kaavio 2: Gynekologisen leikkauspotilaan hoitopolku Naistenklinikalla (Alasoini 2010, Lehtonen & Mäkelä 2009)

2 TIEDONHAKU

Projektissa suositusten laatimiseksi on käytetty kirjallisuushaun avulla hankittua tietoa. Opiskelijoiden työharjoittelu- ja kesätyöjakso Naistenklinikan leikkaus- ja anestesiaosastolla avasivat näkökulmaa projektinraportin laatimiseen. Naistenklinikalla opiskelijat tutustuivat oppimis- ja kehittämissympäristöön, gynekologisen leikkauksen luomiseen leikkaussalissa sekä leikkaukspöydän ominaisuuksiin. Lisäksi opittiin hyväksi havaittuja käytänteitä asennon

laittamiseen. Käytännön työn näkeminen ja tekeminen auttoivat ymmärtämään paremmin lähdekirjallisuutta ja tekemään suositeltavat käytänteet. Havainnoinnin suurin etu on, että sen avulla voidaan saada välitöntä, suoraa tietoa, ryhmien, yksilöiden tai organisaatioiden käyttäytymisestä ja toiminnasta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2001: 200).

Projektiraportin tekijät tekivät kirjallisuushaun kevään ja syksyn 2010 aikana Laurea-ammattikorkeakoulussa, Terveystieteiden keskuskirjastossa ja opiskelijoiden kotona. Opiskelijat osallistuivat koulun tarjoamaan informaation opastukseen tiedonhausta, jossa opetettiin tieteellisen tiedon etsimistä eri tietokannoista. Se auttoi oikeanlaisten tietokantojen etsinnässä sekä antoi ohjeita eri hakusanojen muodostamiseen. Aineistotietokanta Lauruksen, Lindan, Medicin, Cinahlin ja Helkan sekä verkkokirjastohaku Helmetin avulla etsittiin kriittisesti tutkimuksia, teoriaa ja tilastoja. Niiden avulla löydettiin lähdekirjallisuutta ja tutkimuksia opinnäytetyöhön. Tietoa löydettiin myös manuaalisesti etsimällä sekä tutustumalla aiheeseen liittyviin opinnäytetöihin ja lehtiartikkeleihin. Projektityöympäristön kuvaukseen ja Naistenklinikalla tehtäviin leikkauksiin haettiin tietoa Naistenklinikalla leikkaus- ja anestesiaosastolta sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin internet-sivuilta. Projektiraporttiin haettiin aineistoa, joka on enintään kymmenen vuotta vanhaa, jotta tieto on luotettavaa ja voidaan välttää vanhentunut tieto.

3 LAADUKAS PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ

Kaikkeen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaan kuuluu laadunhallinta ja sen pohjana oleva arviointi. Terveydenhuollon työntekijöiden, potilaiden, asiakkaiden, maksajien ja johdon on tärkeä tietää toiminnan laadun taso. Oppimisen kannalta laadunseuranta on tärkeää. (Kinnunen & Peltomaa 2009: 16.) Terveydenhuollon laatu tarkoittaa resurssien käyttöä parhaalla mahdollisella tavalla, korkeatasoisesti ja turvallisesti, huomioiden erityisesti eniten hoitoa tai preventiivisiä toimenpiteitä tarvitsevien terveystarpeet. Terveydenhuoltojärjestelmän suorituskyky muodostuu palvelun kustannuksista, laadusta, tehokkuudesta sekä hoidon, terveyden ja kustannusten oikeudenmukaisesta jakautumisesta (Snellman 2009: 32).

Leikkausosastolla tapahtuva hoitotyö vaatii sairaanhoitajilta äärimmäistä tarkkuutta monimutkaisessa hoitoympäristössä sekä tiimityössä vaadittavaa moniammatillista kommunikaatiotaitoa. Sairaanhoitajan vastuu potilasturvallisuuden varmistamisessa ja vahinkojen estämisessä korostuu perioperatiivisessa hoitotyössä. (Leppäniemi 2010: 11.) Tiivis ja tehokas tiimityöskentely useiden ammattiryhmien kanssa on tyypillistä perioperatiiviselle hoitotyölle. Työlle on ominaista taito hallita monta kokonaisuutta yhtä aikaa, ihmisten intensiivinen ja nopea vuorovaikutus sekä käytännön toimien toteuttaminen. Perioperatiivinen hoitotyö korostaa hoitoteknisten taitojen ohella potilaskeskeisiä toimintatapoja. Potilaskeskeiset toimintatavat ovat tärkeitä laadukkaan ja turvallisen hoidon toteutuksessa. Potilas tarvitsee jatkuvaa tarkkailua ja huolenpitoa, sillä leikkaus ja anestesia vaikuttavat voimakkaasti hänen elintoimintoihinsa. Oikea diagnoosi, siihen liittyvä toimenpide ja jatkuva

valvonta sen aikana sekä hoito toimenpiteen jälkeen kuuluvat leikkauksen potilasturvallisuuteen. (Peltomaa 2010: 10).

3.1 Potilasturvallisuus

Kaikkeen terveydenhuollon toimintaan liittyvään suunnitteluun, toteutukseen sekä arviointiin tulisi sisältyä potilasturvallisuusnäkökulma (Kinnunen & Peltomaa 2009: 13-14). Korkealaatuisen hoidon ja hyvän laadun keskeinen osatekijä on potilasturvallisuus (Kinnunen & Peltomaa 2009: 29 & Snellman 2009: 32). Se sisältää yksilön ja organisaation tasolla ne toimintaperiaatteet ja toimenpiteet, joiden avulla varmistetaan potilaan saama vaikuttava ja turvallinen hoito (Peltomaa 2010: 10). Sosiaali- ja terveydenhuollon laadun ja riskien hallintaan kuuluu potilasturvallisuuden edistäminen. Turvallinen potilaiden hoito toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan ja siinä hyödynnetään käytettävissä olevia voimavaroja parhaalla mahdollisella tavalla. (STM potilasturvallisuusstrategia 2009: 11.)

Terveyden- ja sairaanhoito on vaativaa ja monisyistä. Vaikka henkilökunta on työhönsä sitoutunutta ja ammattitaitoista ja toiminta varsin säädeltyä, vaaratapahtumat ovat aina mahdollisia. Potilasturvallisuus sisältää toiminnot ja periaatteet, joilla varmistetaan potilashoidon turvallisuus. Poikkeamien hallinta ja niistä johtuvien haittojen ehkäisy kuuluvat myös potilasturvallisuuteen. (STM potilasturvallisuusstrategia 2009: 11.) Potilasturvallisuus voidaan jaotella lääkehoidon, hoidon ja laiteturvallisuuteen. Se tarkoittaa potilaan näkökulmasta sitä, ettei hoidosta aiheudu hänelle haittaa. Kuitenkin 7-10 prosenttia potilaista kokee haittaa sairaalahoitonsa aikana kansainvälisten tutkimusten mukaan. Arvioiden mukaan 48 prosenttia näistä haitoista tapahtuu leikkaussalissa ja 74 prosenttia näistä haitoista olisi ollut ennalta ehkäistävissä. (Peltomaa 2010: 10.)

Terveydenhuollon ammattilaisten tulisi hyödyntää moniammatillista osaamista potilaiden parhaaksi. (Kinnunen & Peltomaa 2009: 13-14.) Erityisesti leikkaussalitalityössä vaaditaan tiimityötä ja tärkeää olisi, että sairaanhoitajat toisivat omaa ammattitaitoansa ryhmän käyttöön, jotta hoidon laatua voidaan kehittää (Silvennoinen 2007: 46). Potilasturvallisuutta edistää sujuva kommunikaatio, hyvä tiimityö ja tietoisuus toisten ammattiryhmien toimintatavoista (Kinnunen & Peltomaa 2009: 13-14). Jokaisen hoitajan tulisi olla kiinnostunut potilasturvallisuudesta ja kasvattaa tietämystään ja ymmärrystään kouluttautumalla (Beyea 2008: 633-635). Hyvät käytännöt, turvallisuutta edistävä hoitoympäristö ja hyvä suunnittelu ehkäisevät hoitovirheitä (Kinnunen & Peltomaa 2009: 30).

Potilasturvallisuutta pidetään nykyään kansainvälisesti tärkeänä kehittämisen ja huomion kohteena (STM potilasturvallisuusstrategia 2009: 12). Potilasturvallisuuden kehittäminen vähentää potilaalle aiheutuvia lääketieteellisiä, fyysisiä ja psyykkisiä haittoja sekä taloudellisia kustannuksia, jotka aiheutuvat yhteiskunnalle (Leppäniemi 2010: 11). Potilasturvallisuudella tarkoitetaan niitä toimintayksikön periaatteita ja toimintoja, joiden

tavoitteena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä potilaan suojaaminen vahingoittumiselta. Kustannusvaikuttavaan toimintaan kuuluu potilasturvallisuuden edistäminen. Kokemuksesta on huomattu, että potilasturvallisuus taataan parhaiten kiinnittämällä huomio yksittäisistä virheistä ja työntekijöistä potilaille aiheutuvien haittojen vähentämiseen sekä tutkimalla ja arvioimalla palvelujärjestelmää ja poistamalla siellä olevia riskitekijöitä. (STM potilasturvallisuusstrategia 2009: 12.)

3.2 Hoitohenkilökunnan työturvallisuus ja ergonomia

Leikkaussalissa työskentelevien hoitajien pitää osata huolehtia potilaan lisäksi myös omasta hyvinvoinnistaan. Potilassiirrot, potilaan ohjaaminen ja avustaminen kuormittavat henkilökuntaa. Hoitajat kuormittuvat eniten niissä hoitotilanteissa, jotka vaativat potilasta autettaessa fyysistä ponnistelua ja kehon hallintaa, kädentaitoja ja teknologisia valmiuksia ja joihin liittyy samanaikaisesti kiire ja potilaan terveydentilassa tapahtunut muutos (Nuikka 2002: 102). Perioperatiivisten sairaanhoitajien käsitykset ja asenteet työergonomiasta vaikuttavat työturvallisuuden ja ergonomian toteutumiseen. Näihin asioihin tulee kiinnittää huomiota säännöllisin väliajoin välinehankinnoissa, apuvälineiden käytössä, koulutuksessa, kalustuksen järjeistämässä, työasentojen parantamisessa, uusien käytäntöjen kokeilussa, verryttelytaukojen järjestämisessä sekä ergonomian toteutumisen seurannassa. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007: 350.)

Intraoperatiiviseen vaiheeseen liittyy fyysistä työtä. Potilaan leikkausasentoon asettaminen ei aina ole helppoa, koska varsinkin nukutettu potilas on veltto, vaikea nostettava ja käännettävä. Lisäksi potilaassa olevat letkut ja putket hankaloittavat suoritusta. Leikkausasennon kääntämiseen, siirtämiseen ja vaihtoon liittyy nostoja ja kääntöjä, jotka voidaan joutua suorittamaan ergonomisesti huonossa asennossa ja joskus riittämättömin käsimäärin. (Hänninen, Koskelo, Kankaanpää & Airaksinen 2005: 118.) Käytännön työssä leikkauksissa, potilassiirroissa, ja leikkausasettoja tehdessä näkyy potilaiden keskipainon nouseminen. Hoitohenkilökunnan rasitusvammat, tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja sairauspoissaolot ovat lisääntyneet. Jokaisen tulisi huolehtia hyvän fyysisen kuntonsa ylläpitämisestä, koska perioperatiivisten sairaanhoitajien työ on välillä hyvinkin fyysistä. (Drufhagel & Karvonen 2010: 7-8.)

Perioperatiivisen sairaanhoitajan tulee tiedostaa työstä aiheutuvat riskit ja niiden kartoittaminen sekä vaurioiden ennaltaehkäisy kehittämällä osastollaan työturvallisuutta (Lukkari ym. 2007: 350). Leikkaustiimin työskentelyasennot eivät useinkaan ole ergonomisia (Drufhagel & Karvonen 2010: 7). Leikkausosastolla työskentelevien sairaanhoitajien työasennot ovat usein staattisia ja pitkäkestoisia. Seisomatyö, pään ja vartalon kiertoliikkeet sekä kurottelu rasittavat jalkoja ja niveliä. Monet välineet ovat raskaita käsitellä, kuten instrumenttikorit ja leikkaustuet. (Lukkari ym. 2007: 350.)

4 KIRJALLISUUSKATSAUS GYNEKOLOGISEN LEIKKAUSASENNON LUOMISEEN

4.1 Gynekologinen potilas

Gynekologia on naistentautien hoitoa eli naisen sukupuolielinten ja niiden toiminnan erilaisten häiriöiden ja tautitilojen hoitamista. Potilaat ovat eri-ikäisiä ja he tulevat joko tutkimuksiin tai saamaan gynekologisen syövän takia säde- tai solunsalpaajahoidoita. He saattavat tarvita kirurgista hoitoa, heillä saattaa olla tulehdustauteja tai osalla voi olla alkuraskauteen liittyviä ongelmia tai häiriöitä. Gynekologista potilasta hoidetaan poliklinikoilla, vuode- ja leikkausosastoilla sekä yksityisillä lääkäriasemilla. Parantuneet tutkimusmahdollisuudet ja kehittyneet hoitomenetelmät ovat lyhentäneet hoitoaikoja viime vuosien aikana. (Eskola & Hytönen 2005: 21,22.)

4.2 Gynekologisen potilaan yksityisyys ja turvallisuudentunne

Hoitajan rooli muodostuu tärkeäksi leikkaukseen tulevan potilaan muuttuvan minäkuvan ja itsetunnon tukijana. Omahoitajajärjestelmä ja yksilövastuinen hoitotyö auttavat luottamuksellisen hoitosuhteen kehittymisessä, sillä usein sairaalassaoloaika on hyvin lyhyt. Arkaluontoisista ja intiimeistä asioista keskustelu edellyttää luottamusta hoitohenkilökuntaan. Kiireetön ja turvallinen ilmapiiri ovat hyvin tärkeitä potilaan leikkaukseen valmistautumisessa niin fyysisesti kuin psyykkisesti. (Eskola & Hytönen 2002: 331.)

Gynekologisen potilaan hoitotyössä on tärkeää huomioida intimitietin säilyminen. Seksuaalisuuden ja naisellisuuden intiimillä alueella työskentely on gynekologisen hoitotyön erityisvaatimus. Potilaan kokemuksessa ilmenee hyvä hoitotyö. Potilaat kokevat hoitoympäristössä erityisen kielteiseksi intimiteettisuojaan puuttumisen. Hoitotoimenpiteet, joissa he joutuivat olemaan vähäpukeisina, koetaan erittäin kielteisinä. Potilaat kokevat gynekologisen tutkimuksen aina ainutkertaisena ja jopa kiusallisena tapahtumana. (Nykänen 2002: 50,52.) Naisen sukupuolielimiä koskevat hoidot ja tutkimukset koskevat hyvin intiimiä aluetta, joten sen paljastaminen on naiselle arkaluontoista. Potilaan yksityisyys tulisi turvata tutkimus- ja hoitotoimenpiteissä suunnitteleamalla ja toteuttamalla tilanteet hienotunteisesti ilman tarpeetonta odotusta ja intiimialueiden paljastamista. Nainen voi kokea gynekologisen sairauden uhkaavan sukupuolielämää ja naisellisuutta ja se voi heijastua ihmissuhteisiin, etenkin parisuhteeseen. Hoitotilanteissa voi heijastua potilaan mahdolliset pelot sairauden vaikutuksesta elämän jatkumiseen, sukupuolielämään tai lisääntymiseen. (Eskola & Hytönen 2005: 21.)

Potilaat kokevat merkityksellisiksi henkilökunnan toiminnoiksi fyysisen yksityisyyden kannalta ammatillisen käyttäytymisen, neuvonnan ja ohjauksen. Hoitohenkilökunnan ammattitaitoinen ja asiallinen käytös ovat tärkeimpiä henkilökunnan keinoja suojata potilaan fyysistä yksityisyyttä. Tärkeänä potilaat kokevat suojaamisen peitteillä ja verhoilla. Henkilökunnan

odotetaan kunnioittavan potilaan yksityisyyttä kaikissa tilanteissa ja tietävän millaista yksityisyyttä kukin potilas haluaa. (Thure-Toivanen 2001: 34.)

Päiväkirurgisten gynekologisten potilaiden mielestä henkilökunta ottaa potilaan oman tilan riittävästi huomioon toiminnassaan. Hoitohenkilökunnan toiminta vaikuttaa suuresti potilaiden fyysisen yksityisyyden toteutumiseen. Potilaat pitävät tärkeänä, että asioista kerrotaan ja heitä kohdellaan asianmukaisesti. Potilaat kokevat, että leikkaussalissa on liikaa henkilökuntaa ympärillä. (Thure-Toivanen 2001: 31-32.)

Potilaan turvallisuudentunteeseen sairaalahoidossa vaikuttavat yksityisyys, hyvä tiedonsaanti, sairaalaympäristön meluttomuus sekä henkilökunnan riittävyys. Turvattomuutta aiheuttaa odotusaika ennen toimenpidettä. (Majasalmi 1999: 56-58.) Potilaan turvallisuudentunteeseen vaikuttaa henkilökunnan rohkeus kohdata potilaan henkilökohtaisia tunnetiloja, joita ovat esimerkiksi ärtyneisyys, itkuisuus ja väsymys. Potilaan pelontunnetta vähentää, jos henkilökunta ei vähättele potilaan pelkoja vaan pystyy kohtaamaan hänen pelkotilansa ja selvittämään pelkoja tuottavia asioita esimerkiksi toimenpiteisiin liittyviä pelkoja. (Nykänen 2002: 50.)

Perioperatiivista henkilökuntaa pidetään erittäin ammattitaitoisena ja hoidon vaikuttavuus ja tekninen osaaminen ovat potilaiden mielestä erittäin hyviä. Henkilökunnan ja potilaiden yhteistyö on hyvää ja potilaat kokevat heidät ystävällisiksi ja kohteliaiksi. (Teerijoki 2008: tiivistelmä, 54.) Potilaat kokevat henkilökunnan toiminnan myönteiseksi ja henkilökunnan ystävällisyyttä pidetään tärkeänä (Nykänen 2002: 49-50, Janhonen & Koivusalo 2004: 43,45,49). Erityisesti vastaanottotilanteissa ystävällisyyttä pidetään tärkeänä, koska se luo kuvaa koko sairaalassa olosta. Huono tai puutteellinen vuorovaikutus henkilökunnan kanssa koetaan kielteisenä ja se ilmenee hoitohenkilökunnan epäystävällisyytenä. Potilaat kokevat kohtelun väheksyvänä. (Nykänen 2002: 49-50.) Potilaiden mielestä turvallisuuden tunne ja huolenpito ovat parasta leikkausosastolla (Linna & Mikkola 2000: 19).

Potilaan yksilöllinen hoito ja ihmisarvon kunnioittaminen ovat oleellista hoitotyössä. Potilasta tulee käsitellä hellävaraisesti ja kipua varotaan aiheuttamasta. Mukavan tuntuiseen leikkausasentoon laittaminen nostaa potilastyytyväisyyttä. Hoitajien tulisi antaa leikkausosastolla potilaalle riittävästi aikaa ja kertoa hoitoon liittyvistä asioista, koska ne vaikuttavat positiivisesti potilaan käsitykseen koko osaston ilmapiiristä. (Janhonen & Koivusalo 2004: 43, 45, 49.)

Leikkausosastolla potilaat ovat tyytyväisiä leikkausasennon mukavuuteen, kivun hoitoon, lämpötilasta huolehtimiseen ja pahoinvoinnin estämiseen. Leikkauksen aikana potilaiden puudutukseen tai nukutukseen ja leikkaukseen tai toimenpiteeseen liittyvät pelot ovat vähentyneet merkittävästi ja he ovat tunteneet olonsa turvalliseksi. (Teerijoki 2008: 54.) Toisaalta, potilaat ovat sitä mieltä, että sairaalassa hoitaminen on rutiininomaista ja teknistä. He kokevat, että heitä kohdellaan massana tai tapauksina eikä yksilöinä. Heidän

mielestään sairaalassa keskitytään vain potilaspapereissa oleviin asioihin ja heidän sairaisiin elimiinsä. Potilaat odottavat kokonaisvaltaisempaa ja yksilöllisempää hoitoa. (Lamminperä 1999: 49-50.)

4.3 Gynekologisen potilaan ohjaus

Gynekologisen leikkauspotilaan ohjauksessa on tärkeää, että potilas on selvillä hoidosta ja sen tavoitteista sekä on hyvin valmistautunut tulevaan leikkaukseen. On myös tärkeää, että potilas toipuu leikkauksesta hyvin ilman lisäongelmia. Hoitajan tulee ohjauksella varmistaa, että potilas osaa huolehtia jatkohoidosta ja on motivoitunut siihen. Potilaalla on tällöin mahdollisuus kysellä epäselvistä asioista sekä ratkaista henkilökohtaisia ongelmiaan hoitajan avulla. (Eskola & Hytönen 2002: 331.)

Potilaat kokevat sairaalassa saadun ohjauksen tärkeäksi. Potilaiden mielestä tärkeintä on tutkimuksiin ja toimenpiteisiin liittyvä ohjaus sekä sairauteen ja sen hoitoon liittyvien asioiden ohjaus. (Alaloukusa-Lahtinen 2008: 61.) Gynekologisten potilaiden mielestä hoitohenkilöstön ohjaus ja neuvonta mahdollistavat potilaan yksilöllisyyden toteutumisen kaikissa hoidon vaiheissa. Näiden mielletään kuuluvan henkilökunnan ammattitaitoiseen tehtäväkuvaan. (Thure-Toivanen 2001: 34.)

4.4 Gynekologiset leikkaukset

Naistentautien yleisimpiä kirurgisia toimenpiteitä ovat kohdunpoisto ja sen sivuelinkirurgia, diagnostiset endoskopiat, laskeumaleikkaukset, konisaatio sekä kaavinta. Yleisin gynekologinen leikkaus on hysterektomia eli kohdunpoisto. Suomessa tehdään vuosittain noin 10 000 kohdunpoistoa. (Heinonen 2004: 281.) Naistenklinikalla tehtiin vuonna 2009 hysterektomioita 271 (Naistenklinikka 2010). Syynä kohdunpoistoon voivat olla kohdun lihaskasvaimet, vuotohäiriöt, endometrioosi, lantion krooniset kivut, adenomyoosi, laskeuma, kohdun premalignit muutokset sekä pahanlaatuiset kasvaimet. Kohdunpoisto voidaan tehdä laparoskopia-avusteisesti, laparotomiassa tai emättimen kautta. Kohdun sivuelinten hoidonaiheita ovat sterilisaatio, kohdunulkoiset raskaudet, erilaiset munasarjojen kasvaimet, munanjohtimien sairaudet, endometrioosi ja kiinnikkeet. Suuri osa erilaisista munasarjojen kasvaimista ja munanjohtimien sairauksista hoidetaan tähystyksessä. (Heinonen 2004: 281, 282.)

Gynekologinen leikkaus tehdään naisen intiimille alueelle ja saattaa vaikuttaa siihen, miten hän kokee naiseutensa ja itsensä. Leikkaus voi vaikuttaa naisen sukupuolielämään ja parisuhteeseen. Esimerkiksi kohdunpoistoleikkaus merkitsee luopumista ja yhden elämänvaiheen loppumista. (Eskola & Hytönen 2002: 331.)

Gynekologiset leikkaukset voidaan tehdä emättimen kautta eli vaginaalisesti, vatsanpeitteiden kautta avoleikkauksena tai tähystyksellä. Nykyään tähystyksellä voidaan tehdä toimenpiteitä, jotka ennen edellyttivät vatsanpeitteiden aukaisua. Suuri osa leikkauksista tehdään sairaalaan tulopäivänä ja monet leikkauksista tehdään päiväkirurgisina tai lyhytjälkihoitoisina eli potilas pääsee kotiin leikkauksen jälkeen joko samana päivänä tai lähipäivinä. Hoitoaika sairaalassa isojen leikkausten jälkeen vaihtelee yksilöllisesti jatkohoidon ja potilaan voinnin mukaan. (Eskola & Hytönen 2002: 331.)

Endoskooppisesti eli tähystämällä voidaan nykyään hoitaa lähes kaikki vatsaontelon gynekologiset leikkaukset. Sairaalahoidon tarve vähenee tähystysleikkausten myötä, sillä laparoskopian jälkeen potilas usein kotiutetaan vuorokauden kuluessa toimenpiteestä. Toimenpiteestä toipuminen on nopeampaa ja sairauslomat ovat puolta lyhyempiä kuin avoleikkauksen jälkeen. (Heinonen 2004: 281.) Komplikaatioita kuten esimerkiksi tulehduksia on laparoskooppisessa leikkauksessa huomattavasti vähemmän kuin avoleikkauksessa. Laparoskopiassa säästetään myös kokonaiskustannuksissa huomattavasti verrattuna avoleikkauksiin. (Eskola & Hytönen 2002: 334.) Kirurgien kokemuksen kasvaessa, voidaan yhä monimutkaisemmat tapaukset hoitaa laparoskooppisesti (Meltomaa 2000: 57).

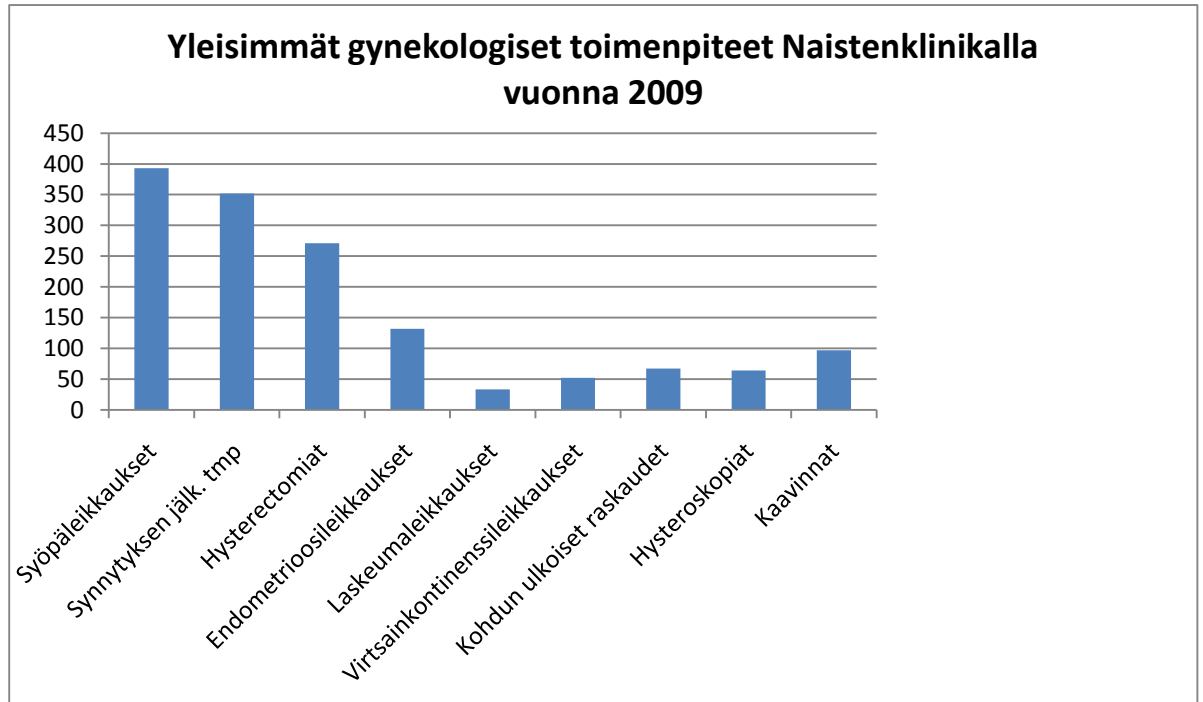
Leikkaustavan lisäksi jokaisen gynekologisen leikkauksen yhteydessä harkitaan sen laajuutta. Leikkaus on joko säästävä tai radikaali ja se vaikuttaa muun muassa syövän vaaraan kun päätetään poistetaanko koko kohtu vai samalla myös munasarjat. Leikkauksen laajuus vaikuttaa myös naisen fertiiliteettiin, jos esimerkiksi koko kohtu joudutaan poistamaan myooman takia. Leikkauksen laajuus vaikuttaa muihinkin elintoimintoihin, sillä esimerkiksi munasarjojen poisto aiheuttaa vaihdevuosisoireet. (Eskola & Hytönen 2002: 334.)

Diagnostisessa laparoskopiassa voidaan selvittää akuutin tai pitkittyneen alavatsakivun ja lapsettomuuden syitä sekä endometriosin vaikeusastetta. Hysteroskopian eli kohtuontelon tähystyksen tavallisin aihe on vuotohäiriöiden selvittely (Heinonen 2004: 281,285,290.) Kohdun limakalvon ja kohtulihaksen kasvaimia voidaan hoitaa kirurgisesti (Grénman 2004: 227). Operatiivista hoitoa käytetään myös ulkosynnyttimien, emättimen, kohdunkaulan ja -rungon sekä munasarjan ja munanjohtimen syöpien hoidossa.

Laskeumia leikataan, mikäli ne aiheuttavat selviä oireita potilaalle, kuten kipuja, suolentoiminnan häiriöitä, virtsaamishäiriöitä tai täydellisen esiinluiskahduksen. Laskeuma-leikkaukset tehdään vaginaalisesti. (Mäkinen 2004: 287.) Konisaatiossa kohdunnappukasta poistetaan kartiomainen kudokappale kohdunsuun premalignien solumuutosten takia. Kohtuontelon kaavintaa käytetään kohdun limakalvon kudoksenäytteen ottoa varten, joka tutkitaan histologisesti. Vuotohäiriön selvittelyyn käytetään koekaavintaa. Terapeuttista kaavintaa käytetään pitkittyneen vuodon diagnostiikassa ja hoidossa. Kohtuontelon tyhjennys ja kaavinta tehdään keskenmenon tai raskauden keskeytyksen takia. (Heinonen 2004: 288,289.)

Virtsainkontinenssin hoitoon Suomessa tavallisimmin käytetään leikkausmenetelmää, jossa virtsaputken molemmin puolin asetetaan tukinauha. Leikkaushoitoa käytetään ponnistusinkontinenssin ja sekatyypisen inkontinenssin hoitoon, jos muut hoidot eivät auta ja vaiva aiheuttaa merkittävää haittaa. (Kujansuu & Nilsson 2004: 241.)

Taulukko 1: Yleisimmät gynekologiset toimenpiteet Naistenlinikalla vuonna 2009 (Naistenklinikka 2010)



4.5 Gynekologinen leikkausasento

Hyvä leikkausasento on turvallinen potilaalle ottaen huomioon hänen erityispiirteensä. Se luo helposti tavoitettavan ja hyvin näkyvän leikkausalueen kirurgille ja antaa anestesiaryhmälle mahdollisuuden tarkkailla potilasta ja hoitaa anestesiaa. (Lukkari ym. 2007: 279.) Hyvällä leikkausasennolla pyritään helpottamaan ja nopeuttamaan toimenpiteen suorittamista sekä välttämään asentoon liittyvät intra- ja postoperatiiviset komplikaatiot. Leikkaava lääkäri valitsee leikkausasennon ja on vastuussa siitä. (Rosenberg & Palkama 2002: 71.) Monta eri ammattiryhmää työskentelee saman potilaan äärellä leikkaussalissa (Lehto 2010: 4) ja turvallisesta asennosta huolehtiminen kuuluu jokaisen potilaan äärellä työskentelevän vastuulle (Aho-Konttinen & Haavisto 2006: 23, Korte, Rajamäki, Lukkari, & Kallio 2000: 371 & Lehto 2010: 4). Optimaalinen leikkausasento on kompromissi potilaasta johtuvien liikerajoitusten, anestesiologisten näkökohtien ja kirurgin toivoman optimaalisen asennon välillä (Lehto 2010: 4).

Perioperatiivisessa hoidossa potilaan asettaminen leikkausasentoon on hyvin keskeinen asia. Oikea leikkausasento turvaa potilaan hyvinvoinnin toimenpiteen ja anestesian aikana.

Asennon laittaminen, säilyttäminen ja purkaminen vaativat leikkaussalitiimiltä vankkaa tietotaitoa ja eri ammattiryhmien yhteistyötä. Asennosta johtuvien komplikaatioiden ehkäiseminen, tunnistaminen ja niihin vastaaminen kuuluvat perioperatiivisen hoitotyön perustehtävään. Perioperatiivisen sairaanhoitajan toiminnassa vastuullisuus tarkoittaa leikkauksen vaikutuksen jatkuvaa tarkkailua ja arviointia anestesian ja koko toimenpiteen ajan. (Korte ym. 2000: 368.) Perioperatiiviset sairaanhoitajat arvioivat parhaimmaksi ammattipätevyyden osa-alueeksi auttamisen ja tilanteen hallinnan. Niihin kuuluu muun muassa potilaan turvallisesta leikkauksesta ja ihovaurioiden ehkäisemisestä huolehtiminen. (Silvennoinen 2007: 52.)

Leikkauksen laittaminen on saattanut muodostua henkilökunnalle tietynlaisia rutiineja ja niitä suorittaessa voi unohtua asennosta aiheutuvat haitat potilaalle (Lehto 2010: 4 & Korte ym. 2000: 371). Jokaisen potilaan kohdalla tulee huomioida hänen senhetkinen tilanne, ohjaus ja neuvonta, tiimityöskentely sekä leikkauksen laittamiseen tarvittava välineistö (Aho-Konttinen & Haavisto 2006: 22). Lisäksi huomioidaan potilaan erityispiirteet kuten kehon rakenne, sairaudet, anomaliat sekä liikerajoitukset. Tavoitteena on potilaan hengityksen, hermotoiminnan ja verenkierron mahdollisimman luonnollinen ja esteetön toiminta sekä ihon pysyminen ehjänä. (Lukkari ym. 2007: 279, 280.) Lisäksi leikkauksen laittamisessa huomioidaan toimenpide, anestesia ja potilaasta johtuvat yksilölliset tekijät kuten pituus, paino, ikä ja fyysiset rajoitukset kuten proteesit ja reuma (Korte ym. 2000: 368).

Asennon sisältämät komplikaatoriskit tulee osata huomioida ajoissa, siksi on välttämätöntä tuntea ihmisen anatomia ja fysiologia hyvin (Rosenberg ym. 2002: 71). On tärkeä tuntea hyvin myös leikkauksen ja anestesian vaikutukset potilaan fysiologiaan. Nivelten liiketyypit ja luonnolliset liikeradat on tärkeä tietää voidakseen toimia turvallisesti potilaan asentoa laittaessa. (Korte ym. 2000: 368, 369.) Leikkauksen laittaminen tehdään potilaan ollessa hereillä, jotta hän voi itse kertoa milloin asento tuntuu hyvältä (Lukkari ym. 2007: 287 & Lehto 2010: 4). Nukutettuna potilas ei pysty itse huolehtimaan mukavan asennon korjaamisesta. Puudutettuna potilas ei tunne olevansa huonossa asennossa. (Lehto 2010: 4 & Lukkari ym. 2007: 282.)

Leikkauksen laittamiseen käytettävät välineet tukevat, suojaavat ja pitävät yllä potilaan leikkauksen asentoa (AORN 2009: 533). Välineiden tulee olla kestäviä muotoilultaan ja materiaaliltaan, monipuolisia, säteilyn läpipäästäviä, kosteutta ja mikro-organismeja läpäisemättömiä, taloudellisia, paloturvallisia, helppokäyttöisiä, nonallergeenisia sekä helposti säilytettäviä, puhdistettavia ja käsiteltäviä. Toimiva välineistö takaa turvallisen leikkauksen ja sen laiton, siksi ne tulee tarkastaa aina ennen käyttöä. (Lukkari ym. 2007: 281.) Teknologian kehittyessä markkinoille tulee uusia patjoja, pehmusteita ja muita asennonlaittoon tarvittavia välineitä ja on tärkeää, että perioperatiivinen sairaanhoitaja on tietoinen erilaisista tuotteista ja uusista tuotevalikoimista. Perioperatiivisen sairaanhoitajan tulee osata ennakoita asennonlaittoon tarvittavat välineet suunniteltua toimenpidettä varten. Asennonlaitto- ja siirtovälineet täytyy olla ajoittain tarkastettu ja huollettu

asianmukaisesti toimintakuntoon. Välineitä käytettäessä tulee noudattaa valmistajan käyttöohjeita ja -rajoituksia. (AORN 2009: 525, 527, 531.)

Hoitohenkilökunnan tulee tuntee asennonlaittovälineiden käyttö ja toiminta hyvin (Lukkari ym. 2007: 281) Hoidon onnistumisen yksi perusedellytys on, että asento osataan muuttaa nopeasti hätätilanteessa (Rosenberg ym. 2002 71). Kaikkien salissa työskentelevien tulee hallita leikkauspöydän säätely.

Gynekologinen leikkausasento on potilaalle fyysisesti ja psyykkisesti hyvin rasittava (Lukkari ym. 2007: 287 & Korte ym. 2000: 375). Asennon valmistelu vaatii tarkkaavaisuutta, paitsi komplikaatioiden ehkäisemiseksi, myös intimitteettisuojan varmistamiseksi. Varsinkin potilaan ollessa hereillä, genitaalialue suojataan esimerkiksi potilaspeitolla. Gynekologisessa leikkausasennossa potilas on selinmakuulla leikkauspöydällä, ja takapuoli on pöydän reunalla. Jalat ovat erillisillä telineillä kohotettuina ja loitonnettuina ja niitä voidaan liikutella tarpeen mukaan. Infuusioikäsi on käsitelineellä, ja toinen käsi on yleensä tuettu suoraksi vartalon viereen. (Lukkari ym. 2007: 287.)

Naistenklinikan leikkaus- ja anestesiaosastolla leikkausasento tehdään leikkaussalissa. Leikkausasennon päättää leikkaava lääkäri. Leikkausasennon laittoon osallistuu potilas, valvova sairaanhoitaja, instrumenttihoitaja ja anestesiahoitaja. Usein myös anestesia lääkäri osallistuu leikkausasennon laittoon ja leikkaava lääkäri vastaa omalta osaltaan leikkausasennosta. Koko tiimi huolehtii leikkausasennon säilymisestä toimenpiteen ja anestesian ajan.

Naistenklinikalla käytetään Maquet- leikkauspöytä, joihin gynekologisessa leikkausasennossa liitetään jalkatelineet. Jalkatelineiden päässä on pehmustetut saappaat, joihin jalat saa tarrojen avulla kiinni. Telineet mahdollistavat jalkojen asennon vaihdon kätevästi käsikahvoista leikkauksen aikana. Leikkaustasoa voi liikuttaa kaukosäätimen avulla. Pöytään voi liittää erilaisia tukia ja telineitä esimerkiksi käsi- ja sivutukia. Leikkausasennon järjestämiseen on varattuna erimuotoisia ja -paksuisia pehmusteita ja tynnyjä. Käsiä varten on olemassa tarralliset kiinnitysremmit.

4.6 Gynekologinen leikkausasento laparoskooppisessa toimenpiteessä

Gynekologisia toimenpiteitä tehdään usein laparoskooppisesti (Ovaska 2010: 559). Laparoskooppisesti tehty leikkaus on kalliimpi kuin perinteinen leikkaustapa. Postoperatiivinen toipuminen huomioiden tähytysleikkaukset aiheuttavat kuitenkin yhteiskunnalle vähäisemmät kokonaiskustannukset. (Korte ym. 2000: 373.)

Laparoskooppisessa leikkauksessa vatsaontelo täytetään hiilidioksidilla. Tällöin tähystin ja instrumentit voidaan turvallisesti viedä vatsaonteloon elimien ja seinämän välille

muodostuneeseen avoimeen tilaan. Yksi tärkein potilaan fysiologisiin toimintoihin vaikuttava stressitekijä laparoskooppisessa toimenpiteessä on leikkausasennon aiheuttamat rasitukset. (Ovaska 2010: 559, 561.)

Laparoskooppisen toimenpiteen aikana potilas laitetaan tarpeen mukaan Trendelenburgin asentoon. Trendelenburgin asentoa käytetään, koska se parantaa lantion syvien osien leikkausolosuhteita ja lyhentää näin leikkaus- ja anestesia-aikaa. (Korte ym. 2000: 373.) Trendelenburgin asennossa potilas makaa selällään ja potilaan pääpuolta kallistetaan lääkärin toivomusten mukaan varovasti alaspäin noin 30 astetta (Korte ym. 2000: 373) tai jossain tapauksissa enemmänkin. Asennon laitossa on erityisen tärkeää varmistaa liukumaton alusta (Lehto 2010: 6). Trendelenburgin asennosta voi aiheutua lukuisia komplikaatioita. Niitä ovat muun muassa hermopunosvauriot, kallonsisäisen paineen nousu, alaraajatukos, verkkokalvon irtoaminen ja verkkokalvon turvotus, alhainen verenpaine, hapenpuute, verenpaineen lasku palatessa normaaliasentoon sekä ilmaembolia. (Korte ym. 2000: 374.)

4.7 Gynekologisesta leikkausasennosta johtuvat komplikaatiot

Potilaan huono leikkausasento voi aiheuttaa nivelten tai tukirangan kipuja sekä painevaurioita iholla (Lehto 2010: 4). Lisäksi se voi aiheuttaa hermojen, selkäytimen, silmien, ihon ja jänteiden vaurioita. Ne muodostavat suuren osan anestesian jälkeisistä komplikaatioista. (Rautiainen 2003: 13.) Leikkausasentoihin liittyviin komplikaatioihin syynä on asennon aiheuttama kudoksiin kohdistuva venytys tai kompressio sekä asennon vaikutus verenkiertoon (Virtanen 2000: 10). Pitkäkestoisissa leikkauksissa potilaat ovat erityisen alttiita neuropatioille eli hermovaurioille ja vakaville alaraajojen lihaskivertämisvaurioille, jotka voivat johtaa rabdomyolyysiin ja tehohoitoon (Virolainen 2000: 10). Rabdomyolyysi tarkoittaa oireyhtymää, jolle on ominaista poikkijuovaisten lihasten vaurioituminen ja lihaskivertäminen virtsaan (Duodecim Terveyskirjasto 2010).

Hermovauriot syntyvät ensisijaisesti hermon venytyksestä ja toissijaisesta puristuksesta jo venytyneeseen hermoon. Iskemia eli verenvirtauksen väheneminen, kompressio ja metabolinen eli aineenvaihdunnallinen häiriö aiheuttavat hermovaurioita. Olka- ja lonkkanivelten, polvien sekä kaularangan asennot tulee erityisesti huomioida asennon laitossa. (Virolainen 2000: 10.) Hermovaurion synnylle altistaa anestesian aikainen lihaskivertäminen lasku ja epäfysiologinen asento (Rautiainen 2003: 13). Vakavia hermovaurioita voi aiheuttaa esimerkiksi kehon osien painuminen tukia tai alustaa vasten ilman pehmusteita (Lukkari ym. 2007: 280). Yleissairaudet kuten diabetes, hypovolemia, antikoagulanttihoito, hyytymissairaudet, anemia, ääreisneuropatia, elektrolyyttihäiriöt ja arterioskleroosi eli valtimonkovettumatauti altistavat hermovaurioille. Lisäksi riskiä lisäävät potilaan korkea ikä, yli- tai alipaino, hypotermia, miessukupuoli, anomaliat sekä hypotensio. (Rautiainen 2003: 13.) Yleisanestesia lisää myös riskiä saada leikkausasennosta johtuva hermovaurio (AORN 2009: 534).

Yleisin asentoon liittyvä komplikaatio on perifeerinen hermovamma (Rosenberg ym. 2002: 71 & Korte 2000: 368). Yleisimpiä hermovaurioalueita ovat lonkka- ja kyynärhermon vauriot (Virolainen 2000: 11). Kyynärhermo (nervus ulnaris) kulkee ihon ja olkaluun koukistajalisäkkeen välissä ja lonkkahermo (nervus ischiadicus) kulkee takakautta melko syvällä lihasten välissä suunnilleen pakaran keskikohdasta alaraajaan (Rautiainen 2003: 13-14).

Käden hermoista alttiita hermovaurioille ovat kyynärhermo (nervus ulnaris) ja värttinähermo (nervus radialis) (Rosenberg ym. 2002: 71). Värttinähermo kulkee lähellä olkaluun pintaa kiertäen sen takaa ulkokautta eteen (Rautiainen 2003: 14). Anestesian aikana hartiapunos on vaurioille alttein hermopunos. Ensimmäinen rintahermo sekä neljä alimmaista kaulahermoa muodostavat yläraajan suurten verisuonien ympärille hartiapunoksen (plexus brachialis), josta lähtevät hermot menevät yläraajaan. (Lukkari 2007: 283.) Jyrkässä Trendelenburgin asennossa olkavarren loitonus yli 90 astetta aiheuttaa muutamassa minuutissa sietämättömän kivun tajuissaan olevalle potilaalle. Anestesian aikana 30-40 minuuttia väärässä asennossa oleminen riittää aiheuttamaan hermovaurion. (Rautiainen 2005: 13.)

Gynekologisen leikkauksen komplikaatioita ovat laskimopaluun estyminen, tukos, hengitysvajaus, nivelvauriot, matala verenpaine, selkäkipu ja hermopunosvaurio. Alttiita hermovaurioille ovat reisihermo (nervus femoralis), pohjehermo (nervus peroneus), peittyneen aukon hermo (nervus obturatorius), jalkavarren laskimohermo (nervus saphenus) ja lonkkahermo (nervus ischiadicus). (Korte ym. 2000: 375.) Reisihermo kulkee reisilaskimon ja -valtimon seurassa alaraajaan. Siitä saa alkunsa jalkavarren laskimohermo (nervus saphenus) ja se seuraa verisuonia lähes polveen saakka. Se ohittaa polven sisäsyryltä ja nousee lihasten päälle polven alla ja jatkuu aina jalkapöydän sisäsyrylle asti. (Rautiainen 2003: 14.) Reisihermon vaurio voi syntyä lonkan liiallisesta koukistuksesta, loitonuksesta, ulkokierrosta ja paineesta nivusessa. Peittyneen aukon hermon vaurio voi syntyä lonkan liiallisesta koukistuksesta. Jalkavarren laskimohermion vaurion syynä on paine polven tai säären mediaanialueella. Suorat alaraajat ja samaan aikaan lonkan koukistus saattavat aiheuttaa lonkkahermion vaurion. Nivelvaurioiden syynä on nivelten liiallinen loitonus ja riskiä lisäävät liikat ja iäkkäät potilaat. (Korte ym. 2000: 375.) Leikkauksen asentoon liittyvä harvinaisempi komplikaatio on kompartment-syndrooma, jossa lihasten huonosta verenkierron ja painamisesta johtuva lihasten turpoaminen synnyttää aitiopaineoireen pohjelihaksissa (Lehto 2010: 5 & Virolainen 2000: 11).

Hermon pinne eli hermon puristustila aiheuttaa hermon toiminnan häiriön. Tällöin pinteisellä hermon alueella laskimovirtaus heikkenee, hermon hapensaanti kärsii ja hermo turpoaa. Pinne, joka kohdistuu tuntohermorunkoon aiheuttaa tuntohäiriöitä tuntohermon hermotusalueella ja puristuskohdan paikallista kipua. Puristuksen kohdistuessa motoriseen hermoon, se aiheuttaa paikallista kipua puristuskohdassa sekä hermotusalueen lihaksiston väsyvyyttä ja halvausta. Pahimmillaan se voi aiheuttaa lihassurkastuman. Hermopinne on usein hermon ulkoisen tekijän aiheuttama ja voi johtua ulkoisesta vammasta. Oireet voivat kehittyä

äkillisesti jopa vuorokauden aikana tai vähitellen kuukausien kuluessa. (Vastamäki 2010: 1015.)

Tyypillinen pinteän oire on särky, joka ilmenee hermon pinnekohtassa ja tuntohermotusalueella. Useimmiten särky pinnekohtassa liittyy myös motorisen hermon pinteeseen. Kipu voi alkaa vähitellen rasituksen yhteydessä ja hävitä taas tullakseen uudelleen yhä herkemmin ja useammin. Tyypillisiä hermon pinneoireita ovat myös eriaistiset tuntohäiriöt. Pistelyä, kihelmöintiä ja tikkuilua voi aiheuttaa parestesiatyypinen tuntohäiriö. Pinteän vaikeutuessa tunto huononee. Lisäksi kylmä-kuumatunto ja kaksipiste-erotuskyky voivat kadota. Pinnetilan kohdistuessa motorisia lihaksia hermottavaan hermoon se aiheuttaa aina jonkinasteisen voiman vähentymisen ja voi aiheuttaa jopa paikallisen halvauksen. Oireet voivat näkyä lihasryhmän tai raajan väsymisenä ja rasituksessa ilmaantuvana kömpelyytenä. (Vastamäki 2010: 1015, 1016.)

Hermopinne voi kehittyä hyvin nopeasti ja halvaus kehittyy heti esimerkiksi gynekologisesta leikkausasennosta aiheutunut peroneuspareesi eli pohjehermohalvaus (Vastamäki 2010: 1016 & Korte ym. 2000: 375). Peroneushermon halvaantuessa potilas ei pysty nostamaan varpaitaan tai jalkateräänsä ylös ja kävellessä jalkaterä läpsyy ja se saattaa nyrjähtää helposti. Tämä johtuu siitä, että pohjehermo hermottaa varpaiden ja nilkan ojentajalihakset. Hermon kulkureitti on polven takaa sen ulkosivulta säären etupinnalle. Se on erityisen alttiina kaikenlaiselle kolhiintumiselle ja puristukselle pohjeluun ulkonevan pään alapuolella. (Vastamäki 2010: 1021.) Peroneuspareesille altistavia tekijöitä ovat pitkä toimenpiteen kesto-aika, potilaan tupakointi ja laihuus (Lehto 2010: 5).

Hermovaurioiden ehkäisemiseksi potilaan asennon mukavuus testataan hänen ollessaan hereillä venytysten ja kompressioiden estämiseksi. Lisäksi jaetaan potilaan paino tasaisesti laajalle alueelle ja pehmustuksesta huolehditaan hyvin. Hermovauriot ovat yleensä ohimeneviä, mutta jos näin ei ole, pyydetään neurologin konsultaatiota. Motorinen häiriö tutkitaan elektromyografialla, jolla voidaan rekisteröidä ja analysoida lihastoimintaan liittyviä sähköilmiöitä. (Virolainen 2000: 11.) Pysyviä haittoja leikkausasennon komplikaatioina syntyy hyvin harvoin (Lehto 2010: 4).

Leikkausasennosta voi aiheutua painehaavoja ja -vaurioita, jotka johtuvat huonosta tai estyneestä verenkierrosta paineenalaisessa ihossa (Lukkari ym. 2007: 280). Painehaava tarkoittaa ihon tai ihon alaisen kudoksen paikallista vauriota. Potilaan ja makuu- tai istuinalustan välisestä kontaktista syntyvät painehaavat kehittyvät usein sellaiseen kohtaan, jossa on luinen uloke; lantionseutuun sakraalisesti, istuinkyhmyn seudulle tai trokanterin eli reisiluun yläpään kyhmyn alueelle. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2002: 186.) Ihon painevammalle erityisen herkkiä kohtia ovat ristiselkä, kantapää, takaraivo ja korvalehti (Rosenberg ym. 2002: 71). Potilaan korkea ikä, diabetes, verisuonisairaudet ja verisuoniin kohdistuvat toimenpiteet ovat yleisimpiä perioperatiivisia painehaavoja lisääviä tekijöitä. Lisäksi riskiä lisäävät potilaan heikko ravitsemustila, toimenpiteen kesto yli neljä tuntia ja jos

potilas on laiha tai pienikokoinen. Toimenpiteen kesto on tärkeä painehaavojen syntyä ennustava tekijä. (AORN 2009: 526,528.)

Kudoksen venyttymisellä ja hankautumisella on yhteyttä painehaavojen syntyyn ja niiden välinen yhteys on tilastollisesti erittäin merkitsevä. Potilaiden siirrossa ja nostamisessa tulisi olla siihen tarvittavia apuvälineitä saatavilla, jotta vältetään hankauksen ja venyttymisen aiheuttamilta painehaavoilta. Potilaan korkea ikä ja naissukupuoli nostavat riskiä saada painehaava. Pitkittänyt immobilisaatio kovalla ja joustamattomalla tasolla aiheuttaa painehaavan tai painehaavan kehittymisen, jos potilas ei kykene itse muuttamaan asentoaan. (Iivanainen 2007: 71,79-80, 82, 96-97.) Ihovaurioita voi aiheuttaa potilaan työntäminen ja vetäminen alustaa vasten (Lukkari ym. 2007: 280), tällöin paino jakaantuu väärin ja ihonalaiset verisuonet venyvät (Korte ym. 2000: 370). Seurauksena tästä on heikentynyt verenkierto ja lisääntynyt painehaavaumariski (Korte ym. 2000: 370). Paine ja puristus vaikeuttavat verenkiertoa raajoissa ja aiheuttaa hapenpuutetta, embolioita ja trombooseja. (Lukkari ym. 2007: 280-281.)

Potilaan terveydentilan aiheuttamat rajoitukset korostuvat painehaavoja ennaltaehkäisevässä hoitotyössä. Hoitajan työkokemuksen kautta kertynyt tieto ja taito ovat merkittäviä asioita painehaavojen ehkäisyssä. Hoitoteknologian ja hoitajan subjektiivisen arvion yhdistäminen on haastavaa. (Hyvämäki 2008: 49.) Hoitotyöntekijöiden koulutuksen lisäämistä ihon anatomiasta, painehaavojen synnystä, riskitekijöistä ja ennaltaehkäisystä tulisi korostaa. Tietoa painehaavan syntyyn vaikuttavista tekijöistä tulisi lisätä. Niitä ovat muun muassa ihon kosteus, liikkuminen, hankaus, venyttäminen ja kitka. (Iivanainen 2007: 96.) Painehaavojen ehkäisyssä ovat tärkeitä henkilökunnan kouluttaminen ja asennemuutokset (Lepistö 2004: 38). Yhteistyö lääkäreiden kanssa on olennainen osa toteuttaessa painehaavojen ennaltaehkäisevää hoitotyötä. Informointi potilaan tilasta ja siinä tapahtuvista muutoksista lääkärille on tärkeää. (Hyvämäki 2008: 49.)

Iholle voi tulla palovammoja, jos iho koskee metalliin ja toimenpiteessä käytetään diatermiaa (AORN 2009: 533, Lukkari ym. 2007: 280 & Korte ym. 2000: 371). Potilaan päätä ei tule unohtaa leikkausliinojen alla, ettei esimerkiksi nenä murre (Rautiainen 2003: 15).

5 SUOSITELTAVAT KÄYTÄNTEET GYNEKOLOGISEN LEIKKAUSASENNON LUOMISEEN

Hoitotyön suositusten tavoitteena on edistää korkeatasoista ja näyttöön perustuvaa hoitotyötä sekä selkeyttää hoitotyön itsenäistä vastuualuetta potilaiden ja asiakkaiden hoidossa. Suositukset helpottavat hoitotyön toiminnan rationalisoimisessa ja vähentävät hoitoon kuulumattomien toimenpiteiden ja interventioiden käyttöä. Suositusten laatimisen lähtökohdana on näyttöön perustuva tieto, joka rakentuu hyväksi havaitusta toimintanäytöstä, tieteellisestä tutkimusnäytöstä ja kokemukseen perustuvasta näytöstä joltakin hoitotyön osa-alueelta tai jostakin yksittäisestä hoitotyön toiminnasta. (Lauri 2003: 40.)

Suosituksen raportoinnissa käytetään AORN:n ”Suositeltava käytäntö -perustelut” -mallia.

Suositteltava käytäntö 1:

Leikkausasento tehdään yhdessä potilaan kanssa hänen hereillä ollessaan. Potilasta ohjataan asentoa laitettaessa. Jalkojen asennon laitton jälkeen kokeillaan jalkojen liikuteltavuus ja ääriasennot (Kuva 2). Varmistetaan, että potilas ymmärtää leikkausasennon merkityksen ja asento tuntuu hyvältä.

Perustelut:

Potilas pystyy hereillä ollessaan itse kertomaan, miltä asento tuntuu ja kohdistuuko jalkojen alueelle painetta. Näin voidaan ennaltaehkäistä paine- ja hermovaurioita. Potilas voi itse kontrolloida asentoa, jolloin raajojen virhe- ja ääriasunnoilta vältytään. (Lukkari ym. 2007: 287 & Virolainen 2000:11.) Lisäksi voidaan ennaltaehkäistä selkävivot (Korte ym. 2000: 375).

Potilaiden mielestä henkilökunnan ammattitaitoiseen tehtävänkuvaa kuuluu ammatillinen käyttäytyminen, neuvonta ja ohjaus (Thure-Toivanen 2001: 34). Heidän mielestään tärkeintä on tutkimuksiin ja toimenpiteisiin liittyvä ohjaus (Alaloukusa-Lahtinen 2008: 61).



Kuva 2: Jalkojen asennon kokeilu yhdessä potilaan kanssa. Huomioidaan intimitteettisuoja.

Suosittelava käytäntö 2:

Potilasta ohjataan siirtymään leikkauspöydälle jalkatelineiden välistä. Potilas asettuu selälleen ja häntä ohjataan jättämään pakarat aivan leikkauspöydän reunalle, mutta ei ulkopuolelle (Kuva 3). Häntä ohjataan nostamaan jalat jalkatelineille, jotka ovat noin 90 asteen kulmassa. Vartalon tulee olla suorana. Tarkistetaan, ettei vartalo ole kosketuksissa metalliosien kanssa ja lakana on suorana potilaan alla.

Tarpeen mukaan potilasta avustetaan jalkojen laittamisessa telineille. Tällöin molemmat jalat tulee nostaa telineisiin yhtä aikaa sekä koukistaa polvista ja lonkista samanaikaisesti.

Perustelut:

Kliinisen tiedon mukaan takapuoli tulee olla aivan leikkauspöydän reunalla, jotta työskentelyolosuhteet ovat optimaaliset.

Ihon ollessa kosketuksissa metalliosien kanssa, se voi aiheuttaa diatermiaa käytettäessä palovammoja potilaalle (AORN 2009: 533, Korte ym. 2000: 371 & Lukkari ym. 2007: 280,284).

Lakanan jäädessä poimuille, se voi aiheuttaa potilaalle ihorikkoja ja painehaavaumia (Lukkari 2007: 284).



Kuva 3: Potilaan alavartalon asento

Suosittelava käytäntö 3:

Potilaan yksityisyydestä huolehditaan. Potilaan mentyä leikkauspöydälle, hänen suojakseen laitetaan peitto. Vältetään turhaa intiimialueiden paljastamista. (Kuva 2.)

Perustelut:

Hoitohenkilökunnan toiminta vaikuttaa suuresti potilaiden fyysisen yksityisyyden toteutumiseen. Ammattitaitoinen ja asiallinen käytös ovat tärkeimpiä henkilökunnan keinoja suojata potilaan fyysistä yksityisyyttä (Thure-Toivanen 2001: 31-32, 34).

Naisen sukupuolielimiä koskevat hoidot ja tutkimukset koskevat hyvin intiimiä aluetta, joten sen paljastaminen on naiselle arkaluontoista (Eskola & Hytönen 2005: 21). Potilaat kokevat hoitoympäristössä erityisen kielteiseksi intimitteettisuojan puuttumisen. On tärkeää huomioida intimitteetin säilyminen. (Nykänen 2002: 50, 52.) Potilaan yksityisyys tulisi turvata suunnittelemalla ja toteuttamalla tilanteet hienotunteisesti ilman tarpeetonta odotusta ja intiimialueiden paljastamista (AORN 2009: 532 & Eskola & Hytönen 2005: 21).

Suosittelava käytäntö 4:

Infuusioikäsi tulee laittaa pehmustetulle käsitelineelle niin, ettei olkavarsi ole loitonnettuna yli 90 astetta. Käsi tulee olla luonnollisessa asennossa ja kyynärpää ei saa olla käsituen ulkopuolella. Käsi kiinnitetään telineeseen kiinnitysremmillä. Kiinnitysremmi ei saa kiristää. Toinen käsi tuetaan pehmustetun sivutuen avulla suoraksi vartalon viereen. (Kuva 4.) Tarkistetaan, että anestesiakaari ei paina käsiä tai olkavartta. Lisäksi huomioidaan, että sormet ovat luonnollisessa asennossa, eivätkä jää puristuksiin.

Potilaan käsi tulee laittaa sivulle erilliselle käsitelineelle, mikäli se ei mahdu turvallisesti potilaan viereen. (Kuva 5.)

Perustelut:

Käsien painuminen tukia tai alustaa vasten ilman pehmusteita voi aiheuttaa painehaavoja ja kyynärhermon (nervus ulnaris) vaurion. Anestesian aikana hartiapunos on vaurioille alttein hermopunos. (Lukkari 2007: 283.) Se voi vaurioitua, jos olkavartta loitonnetaan yli 90 astetta (Lukkari 2007: 283, Korte ym. 2000: 371 & Virolainen 2000: 11).

Käden painuminen anestesiakaarta vasten voi aiheuttaa värttinähermon (nervus radialis) ja kainalohermon (nervus axillaris) vaurion. Erityisesti laparoskooppisissa toimenpiteissä, joissa käytetään Trendelenburgin -asentoa, sivulle ojennettu käsi voi painua anestesiakaareen ja aiheuttaa kainalohermon vaurion ja johtaa olkavarren abduktiovajaukseen. (Rautiainen 2003: 13,14.)

Sormet jäävät helposti puristuksiin potilaan alle tai leikkaustason nivelten väliin (AORN 2009: 533 & Lukkari ym. 2007: 284). Lisäksi sormet voivat jäädä liikuteltavan jalkatason väliin (Rautiainen 2003: 15).

Käden kiinnitys tulee varmistaa kiinnitysremmeillä, jottei käsi putoa käsitelineeltä (Lukkari ym. 2007: 279). Paine ja puristus vaikeuttavat verenkiertoa (Lukkari ym. 2007: 280), jos kiinnitysremmi on liian kireällä.



Kuva 4: Käsien asento, kiinnitys ja sivutuki



Kuva 5: Toinen käsi erillisellä telineellä: käden asento, pehmustus ja kiinnitys

Suosittelava käytäntö 5:

Pään tulee olla samassa linjassa vartaloon nähden ja tuettuna pehmustetyynyyn. Tarkistetaan, etteivät korvalehdet jää painuksiin. (Kuva 6.)

Perustelut:

Pään dorsaalinen extensio eli ojennus ja lateraalinen fleksio eli koukistus vastakkaisella puolelle voi aiheuttaa hartiapunoksen (plexus brachialis) vaurion. Niskaan voi aiheutua ligamenttivammoja, jos pää ei ole samassa linjassa vartaloon nähden (Rautiainen 2003: 13, 15). Myös päähän verta tuovien ja palauttavien suonien vuoksi pää tulee olla neutraaliasennossa (Lehto 2010: 5).

Takaraivon iho on erityisen herkkä painevammalle (Rosenberg ym. 2002: 71). Korvanlehti voi mennä nekroosiin, jos se on painuneena kovaa alustaa vasten (Rautiainen 2003: 15).



Kuva 6: Pään asento sivusta

Suosittelava käytäntö 6:

Jalkojen asentoa laitettaessa tarkistetaan, että jalkaterät ja kantapäävät ovat saappaiden pohjassa. (Kuva 7.) Jalat kiinnitetään huolellisesti saappaisiin, mutta kiinnitystarroja ei saa laittaa liian kireälle. Jalkaterät käännetään ulospäin ja tarkistetaan, etteivät nilkat ole yliojennuksessa. Tämän jälkeen säädetään jalat ensin 90 asteiseen neutraaliasentoon (Kuva 8. ja 9.) ja sen jälkeen lisätään lonkkien koukistusta, loitonusta ja ulkokiertoa. Jalkoja liikutellessa lonkan liiallista kiertoa ja yliojennusta varotaan. (Kuva 10 ja 11.) Jalat tulee nostaa ja laskea yhtä aikaa. Jalkatelineet säädetään potilaskohtaisesti.

Perustelut:

Polven ja lonkan flexio venyttää yhteistä pohjehermoa (nervus peroneus communis). Peroneus-hermo vahingoittuu alaraajan hermoista yleisimmin anestesian yhteydessä. Se on suhteellisen altis puristusvammoilta pohjeluun yläpäähän ja ihon välissä ja siitä voi seurata pohjehermohalvaus. (Rautiainen 2003: 14.)

Lonkkien ja jalkojen ulkorotaatio sekä polvien ojennus venyttävät iskiashermaa (Rautiainen 2003: 14). Lonkan voimakas koukistus tai ojennus voi vaurioittaa reisihermaa (nervus femoralis) (Virolainen 2000: 11 & Korte ym. 2000: 375). Peittyneen aukon hermon vaurio voi aiheutua myös lonkan liiallisesta koukistuksesta (Korte ym. 2000: 375).

Pitkän aikaa ojennettu jalkaterä eli plantaariflexio venyttää säärihermaa (nervus tibialis) (Rautiainen 2003: 14).

Jalkojen yhtäaikaaisella nostamisella ja laskemisella vältetään lannerangan kiertyminen noston ja laskun aikana (Virtanen 2010: 4).

Verenkierto jaloissa voi estyä saappaiden kiinnityksen ollessa liian kireällä ja aiheuttaa verihyytymiä (Korte ym. 2000: 371).



Kuva 7: Kantapään ja jalkaterän asento



Kuva 8: Jalat neutraalisasennossa



Kuva 9: Jalkojen asento sivusta



Kuva 10: Jalkojen asento työskentelyvaiheessa



Kuva 11: Työskentelyasento sivusta

Suosittelava käytäntö 7:

Kaikkien salissa työskentelevien tulee kiinnittää huomiota potilaan leikkausasentoon.

Perustelut:

Leikkausasunnoista johtuvien komplikaatioiden välttämiseksi on tärkeää, että jokainen tiimin jäsen kiinnittää huomiota asentoon. Leikkausasennon suunnittelu ja potilasturvallisuus on kaikkien velvollisuus. (Aho-Konttinen & Haavisto 2006: 23, Korte ym. 2000: 371 & Lehto 2010: 4.)

Suosittelava käytäntö 8:

Potilaan leikkausasento kirjataan intraoperatiivinen hoitotyö -lomakkeelle. Asennossa käytetyt tuet, pehmusteet ja kiinnitysvyöt sekä niiden paikat tulee myös kirjata. Lomakkeesta tulee selvittää tiimin jäsenten nimet ja asema. Leikkausasennon muutokset toimenpiteen aikana kirjataan ylös.

Perustelut:

Suomen potilaslain mukaan asiakirjoihin tulee tehdä potilaskohtaisesti merkinnät tapahtumista (Saranto & Sonninen 2008: 12). Potilasasiakirjat ovat juridisia dokumentteja potilaalle annetusta hoidosta ja hoidon aikaisista tapahtumista, joten niillä on merkitystä myös henkilökunnan oikeusturvan kannalta. Jos potilas tekee valituksen hoidostaan, niiden tietoihin palataan. (Lukkari ym. 2007: 108.)

Suosittelava käytäntö 9:

Toimenpiteen aikana huomioidaan potilaan leikkausasennon säilyminen muuttumattomana. Jos asentoa muutetaan leikkauksen aikana, informoidaan koko tiimiä leikkausasennon muuttamisesta. Nukutettua potilasta liikuteltaessa tulee huomioida, ettei potilasta laiteta virheasentoon.

Perustelut:

Anestesiapuolen tulee osata valmistautua asennon muuttamiseen siten, että he varmistavat käsien ja pään tukemisen, etteivät kädet putoa käsitelineiltä tai intubaatioputki tai infuusiokanyyli pääse irtoamaan (Lukkari ym. 2007: 279).

Nukutettuna ollessaan potilas ei tunne eikä valita asennon virheellisyyttä. (Lukkari ym. 2007: 282 & Lehto 2010: 4).

Suosittelava käytäntö 10:

Potilaan turvallisuudentunteesta ja fyysisestä turvallisuudesta huolehditaan.

Perustelut:

Potilaan turvallisuudentunteeseen vaikuttavat yksityisyys, hyvä tiedonsaanti, sairaalaympäristön meluttomuus sekä henkilökunnan riittävyys. (Majasalmi 1999: 56-58.) Siihen vaikuttaa myös henkilökunnan rohkeus kohdata potilaan henkilökohtaisia tunnetiloja. (Nykänen 2002: 50.)

Potilasturvallisuutta edistää sujuva kommunikaatio, hyvä tiimityö ja tietoisuus toisten ammattiryhmien toimintatavoista. Hyvät käytännöt, turvallisuutta edistävä hoitoympäristö ja hyvä suunnittelu ehkäisevät hoitovirheitä. (Kinnunen & Peltomaa 2009: 13-14, 30.)

6 PROJEKTIN ARVIOINTI

Yleinen yksimielisyys käyttökelpoisista suosituksista tulisi saavuttaa arvioinnin avulla. Suositusten tuloksellisuutta ja käyttöä tulee jatkuvasti arvioida. Hoitotyön suositusten soveltuvuutta arvioitaessa on otettava huomioon suositusten sovellettavuus ja yleistettävyys käytännön hoitotilanteessa, suositusten kliininen merkitys potilaan tai asiakkaan hoitotyön tuloksellisuuden parantamisessa sekä suositusten käyttö ja ymmärrettävyys hoitotyön konkreettisessa päätöksenteossa eri osapuolten näkökulmasta. (Lauri 2003: 44, 45.)

Hoitotyö on jatkuvan muutoksen alaista ja siksi on tärkeää kehittää koulutusta ja oppimismenetelmiä sellaisiksi, että niiden avulla voidaan valmentaa opiskelijoita toimimaan muutoksessa ja tuottamaan sitä. Koulutuksen on kyettävä antamaan opiskelijoille valmiuksia etsiä, arvioida ja valikoida tietoa itse myöhemminkin sekä valmiuksia ratkaista ongelmia ja tehdä päätöksiä. Lisäksi tarvitaan uuden oppimisen sekä kriittisen ja reflektiivisen ajattelun taitoja sekä kommunikointi- ja yhteistyötaitoja. (Iivanainen 2001: 14.)

Projekti on katsottu olevan onnistunut, jos se täyttää sille asetetut kustannus-, aikataulu- ja laatuvaatimukset. Projektin onnistuneisuutta arvioitaessa nykyään painotetaan entistä enemmän projektin vaikuttavuutta. (Paasivaara, Suhonen & Nikkilä 2008: 145.) Hankkeessa työskentelemisessä voi aiheutua erilaisia riskejä. Niitä ovat muun muassa opiskelijoiden osallistumattomuus, pois jääminen tai osaprojektien keskeyttäminen sekä hankkeeseen osallistuvan henkilökunnan resurssien puute. Taloudellisen tuen puuttuminen ja liian tiukka aikataulu ovat myös opinnäytetyön valmistumiseen vaikuttavia riskejä. (Aholuokko 2009.)

6.1 Projektin tuotoksen arviointi

Aiheen rajaamisessa on tarkennettava ajatusta siitä, mitä haluaa tietää ja mitä haluaa osoittaa keräämällään aineistolla (Hirsjärvi ym. 2001). Aiheen rajaaminen tuntui aluksi haastavalta. Aluksi haluttiin ottaa huomioon anesthesiologiset näkökulmat suosituksiin, mutta päätettiin yhdessä ohjaavan opettajan kanssa, että niihin ei syvennyttä tarkasti, sillä työstä olisi tullut muuten liian laaja. Aloituskokouksessa sovittiin, että laparoskooppinen -toimenpide huomioidaan suosituksissa. Aluksi koettiin haastavaksi se, miten tarkkaan aiheesta tulisi kirjoittaa. Ohjaava opettaja auttoi opiskelijoita selkeyttämään aihetta ja rajaaminen helpottui työn edetessä. Opiskelijoiden mielestä aiheen rajauksessa onnistuttiin hyvin.

Projektiraporttia arvioitiin koko prosessin ajan ja siihen osallistuivat ohjaavat opettajat, työelämän edustajat sekä muut opiskelijat (Laurea-ammattikorkeakoulu: Opinnäytetyökäytänteet lv. 2009-2010). Ohjaava opettaja arvioi ja kommentoi projektisuunnitelmaa ennen sen esittämistä suunnitelmaseminaarissa. Projektisuunnitelmaseminaarissa saatiin projektiryhmältä hyviä kehittämissuhteita työn jatkamiseen ja joitakin korjauksia toivottiin tekevän. Ohjaamistapaamisissa ohjaavan opettajan kanssa, saatiin työhön väliarviointia ja neuvoja. Opiskelijat lähettivät työn projektiryhmälle arvioitavaksi 1.10.2010, kun työ oli lähes valmis. Toivottiin, että erityisesti kliniset asiantuntijat ottaisivat kantaa suositeltaviin käytänteisiin. Projektiryhmän jäsenet Helena Vanttinen, Paula Savolainen ja Maija Parvio hyväksyivät suositukset. Englannin kielen lehtori Salla Petäjä tarkasti englanninkielisen tiivistelmän 18.10.2010.

Projektiraportti pysyi aikataulussa ja valmistui ajallaan marraskuussa 2010. Siihen vaikutti muun muassa se, että tekijöitä oli kaksi, jotka kannustivat toisiaan työn tekemiseen. Projektin työstäminen kahden opiskelijan voimin mahdollisti erilaisten näkökulmien tuomisen työhön. Yhteisten aikataulujen sopiminen onnistui hyvin, sillä keväällä ja syksyllä opiskelijat olivat samaan aikaan harjoitteluissa. Opiskelijoilla oli hyvin aikaa projektiraportin tekemiseen, koska he eivät tehneet töitä kevään ja syksyn aikana ja koulua oli vähän. Yhdessä tekeminen aiheutti myös omat haasteensa, sillä välillä asioista oltiin eri mieltä. Lopulta asioista keskustelemalla päästiin aina yhteisymmärrykseen ja työn kannalta oli hyvä, että asioita mietittiin monelta eri kannalta.

Tutkimuksessa tulee olla käytettävissä lähdemateriaalia riittävästi (Hirsjärvi ym. 2001: 74). Laadittujen suositusten näyttö perustuu hyväksi havaittujen käytäntöjen lisäksi tieteellisistä tutkimuksista ja kokemuseräisestä tiedosta, ja siksi suositusten luotettavuutta voidaan pitää vahvana. Tutkimusten ja aineiston valinnassa kiinnitettiin huomiota, ettei tieto ole yli kymmenen vuotta vanhaa. Tietoa yritettiin löytää ja käyttää monipuolisesti, jotta suosituksista tulisi luotettavat ja perustellut. Lisäksi suositusten luotettavuutta parantaa se, että Naistenklinikan leikkaus- ja anestesiaosaston projektiryhmän jäsenet tarkistivat laaditut suositukset.

Suosituksia on laadittu niin, että kieli on selkeää ja ohjeet helposti ymmärrettävissä. Suosituksia on helppo soveltaa hoitotyöhön, koska työn lähtökohta oli työelämälähtöinen eli idea tuli Naistenklinikan leikkaus- ja anestesiaosastolta. Jatkotutkimusaiheina tuleville opiskelijoille gynekologisen potilaan hoitotyön kehittämisessä voisi olla laadittujen suositusten mittaaminen.

Suosituksiin liitettävien valokuvien ottaminen Naistenlinikalla sujui odotusten mukaisesti. Gynekologinen leikkausasento järjestettiin suositusten mukaisesti yhdessä Naistenklinikan leikkaus- ja anestesiaosaston apulaisosastonhoitaja Tiina Luoma-Lehtisen kanssa. Kliinisen asiantuntijan tarkistaman asennon kuvaaminen opinnäytetyöhön lisää suositusten luotettavuutta.

Kuvaamista hankaloitti esimerkiksi se, ettei kuvattavaa saanut tunnistaa kuvista. Tästä johtuen, joitakin kuvia jouduttiin ottamaan pää väärässä asennossa. Lisäksi joissakin kuvissa oli pieniä virheitä, joiden takia ne jouduttiin jättämään pois suosituksista. Niistä huolimatta, projektiraportin tekijät ovat tyytyväisiä kuviin ja ne selventävät suosituksia hyvin.

6.2 Oman oppimisen ja ammatillisen kasvun arviointi

Projektiraportin tekemisen aikana opiskelijat ovat oppineet paljon itsestään ja toisistaan sekä tavoistaan toimia. Ammatillinen identiteetti on kasvanut ja asioita on opittu pohtimaan syvällisemmin sairaanhoitajan ammatillisesta näkökulmasta. Projektiraporttia tehdessä on harjaannuttu itsenäisessä työskentelyssä ja aineiston kriittisessä tarkastelussa. Projektiraportin tekeminen on tukenut ammatillista kasvua ja valmistanut työelämään. Yhteistyöhankkeessa työskentely auttoi saamaan työpaikat opiskelijoille kesäksi 2010 Naistenklinikan leikkaus- ja anestesiaosastolta. Kesätyö auttoi suositusten laatimisessa, sillä opiskelijat pääsivät näkemään ja tekemään työtä gynekologisten potilaiden parissa. Projektiraportin tekeminen ja projektiympäristössä harjoittelu ja työskentely ovat lisänneet kliinistä osaamista gynekologisen leikkausasennon laitossa ja gynekologisten potilaiden intraoperatiivisessa hoidossa.

Projektiraportin tekeminen oli haasteellista, mutta samalla myös antoisaa ja opettavaista. Projektin aikana opittiin hankkeessa työskentelystä ja yhteistyön tekemisestä koulun ulkopuolisten asiantuntijoiden kanssa. Projekti on kehittänyt ongelmanratkaisukykyä sekä yhteistyötaitoja. Yhteistyöhankkeessa työskenteleminen Laurea-ammattikorkeakoulun ja Naistenklinikan leikkaus- ja anestesiaosaston kanssa mahdollisti projektin sujuvan etenemisen ja sen valmistumisen aikataulun mukaisesti. Hankkeessa työskentely on auttanut ymmärtämään tulevaisuuden hoitotyön laadun kehittämisen tarvetta.

Lähteet

Aho-Konttinen, A. & Haavisto, S. 2006. Leikkausasennot ja potilasturvallisuus. *Spirium* 41(2), 21-23.

Aholaakko, T-K. 2009. Laurean ja HUS/HYKS Naisten- ja lastentautien tulosityksikön naisten-tautien ja synnytysten vastualueen hoitotyön laadunkehittämishankkeen toteutumisen arviointi 2008-2009 ja hankkeen toteutussuunnitelma vuosille 2009-2010.

Alaloukusa-Lahtinen, J. 2008. Ohjaus kirurgisen potilaan arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Oulu: Oulun Yliopisto.

Alasoini, M. 2010. Naistenklinikan päivystyspoliklinikan osastonhoitajan sähköpostiviestit 18.3.2010, 30.3.2010 ja 29.9.2010. Helsinki.

AORN (Association of periOperative Registered Nurses). 2009. Perioperative Standards and recommended practices: Recommended practices for positioning the patient in the perioperative practice setting. USA.

Beyea, S. 2008. Learning more about the science of patient safety. *AORN Journal* 3/2008, vol 87:3.

Drufhagel, O. & Karvonen, A. 2010. OYS:n keskusleikkausosastolla ja lyhkiyksikössä työturvallisuus on haaste. *Pinsetti* (2), 7-8

Duodecim terveyskirjasto. 2010. Lääketieteen sanasto. [WWW-dokumentti] <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02835> (Viitattu 13.9.2010).

Eskola, K. & Hytönen, E. 2002 & 2005. Nainen hoitotyön asiakkaana. 1. painos & 1.-2. painos. Porvoo: WSOY.

Grénman, S., Heinonen, P K., Kujansuu, E., Mäkinen, J. & Nilsson, C G. 2004. Naistentaudit ja synnytykset. 4. uudistettu painos. Keuruu: Kustannus Oy Duodecim. Otavan Kirjapaino Oy.

Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiri: Leikkaus- ja anestesiaosasto. 2004. [WWWdokumentti] <<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,966,1213,1480>> (Viitattu 23.1.2010).

Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiri: Naisten- ja lastentautien tulosityksikkö. [WWW-dokumentti] <<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,2052,11786,14487,13344>> (Viitattu 21.2.2010)

Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2002. Haava. 1.painos. Porvoo: WSOY.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2001. Tutki ja kirjoita. 6.-7. painos. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.

Hyvämäki, P. 2008. Tehohoitotyön luokitusjärjestelmä osaksi painehaavoja ennaltaehkäisevää hoitotyötä Oulun yliopistollisen sairaalan teho-osastoilla 1 ja 2. Pro gradu-tutkielma. Oulu: Oulun yliopisto.

Hänninen, O., Koskelo, R., Kankaanpää, M. & Airaksinen, O. 2005. Ergonomia terveydenhuollossa. Hämeenlinna: Recallmed Oy.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2004. Hoitamisen taito: Hoitotyön perus-pilarit. 1.-3. painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Iivanainen, A. 2007. Painehaavojen esiintyvyys ja riskitekijät lonkkamurtumapotilailla. Lisensiaattitutkimus. Kuopio: Kuopion yliopisto.

- Janhonen, M. & Koivusalo, A-M. 2004. Jorvin sairaalan julkaisuja: Jorvin sairaalan leikkausosaston perioperatiivisen hoitotyön laatu potilaiden kokemana. Espoo: HYKS, Jorvin sairaala.
- Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Hoitotyön vuosikirja: Potilasturvallisuus ensin. Helsinki: Suomen graafiset painot Oy.
- Korte, R., Rajamäki, A., Lukkari, L. & Kallio, A. 2000. Perioperatiivinen hoito. 2. painos. Porvoo: WSOY.
- KVTES: Osastonhoitajan tehtävien vaativuuden arviointi. HUS Naistenklinikan leikkausosasto: Työympäristön kuvaus.
- Lamminperä, T. 1999. Gynekologista tulehdusta sairastavien naisten kokemuksia sairaalahoidosta. Pro gradu- tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Lauri, S. 2003. Näyttöön perustuva hoitotyö. 1. painos. Juva: WSOY.
- Laurea-ammattikorkeakoulu. Opetussuunnitelmat: Hoitotyön koulutusohjelma 2007-2008: Laurea-ammattikorkeakoulun opetussuunnitelmat. [WWW-dokumentti] <https://soleops.laurea.fi/opsnet/disp/fi/ops_RyhmKuvYht/tab/nop/sea?ryhma=2588941&stack=push> (Viitattu 12.1.2010).
- Laurea-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyökäytänteet lv. 2009-2010: Arviointi.
- Lehto, R. 2010. Leikkausasento. Spirium 45(1), 4.
- Lehtonen, P. & Mäkelä, S. 2009. Gynekologisen leikkauspotilaan kivun arviointi ja kirjaaminen: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Laurea-Ammattikorkeakoulun opinnäytetyön projektisuunnitelma.
- Lepistö, M. 2004. Pressure ulcer risk assessment in long-term care. Turku: Turun Yliopisto.
- Leppäniemi, E. 2010. Kokemuksia Jorvin sairaalasta: Tarkistuslista parantaa potilasturvallisuutta. Pinsetti (2), 11.
- Linna, P., & Mikkola, I. 2000. Potilaiden kokemuksia ohjauksesta laparoskooppisen kohdunpoiston yhteydessä. Pro gradu- tutkielma. Kuopio: Kuopion Yliopisto.
- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. 1. painos. Porvoo: WSOY.
- Majasalmi, P. 1999. Turvallisuuteen vaikuttavien tekijöiden toteutuminen päiväkirurgisilla asiakkailta. Pro gradu- tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Meltomaa, S. 2000. Morbidity of gynecological surgery. Turun yliopiston julkaisuja. Turku: Turun yliopisto.
- Naistenklinikka. 2010. Leikkaustoimenpiteet. Tilasto toimenpiteistä vuosina 2005-2010.
- Nuikka, M-L. 2002. Sairaanhoidajien kuormittuminen hoitotilanteissa. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Nykänen, K. 2002. Potilaiden kokemuksia hoidosta naistentautien poliklinikalla. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus: Pro gradu- tutkielma. Turku: Turun yliopisto.
- Paasivaara, L., Suhonen, M. & Nikkilä, J. 2008. Sairaanhoidajaliitto. Innostavat projektit. Sipoo: Silverprint.
- Peltomaa, K. 2010. HaiPron avulla vaaratilanteet tiedoksi- Läheltä piti -tilanne on yhteisen oppimisen paikka. Pinsetti (2), 10

- Ovaska, J. & Vastamäki, M. 2010. Kirurgia: Videoavusteinen kirurgia & Hermopinteet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Otavan Kirjapaino Oy.
- Rautiainen, P. 2003. Oikea leikkausasento ehkäisee komplikaatiot. *Pinsetti* (4),13.
- Rosenberg, P. & Palkama, V. 2002. Anestesiaopas. 2. Toimenpidettä edeltävät valmistelut. 2. Uudistettu painos. Rauma: Duodecim. Kirjapaino Oy West Point.
- Saranto, K. & Sonninen, A. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Porvoo: WSOY.
- Silvennoinen, A-S. 2007. Sairaanhoidtajien ammattipätevyys perioperatiivisessa hoito-ympäristössä. Pro gradu. Turku: Turun yliopisto.
- Snellman, E. 2009. Hoitotyön vuosikirja: Potilasturvallisuus ensin: 3. Potilasturvallisuus Suomessa. Helsinki: Suomen graafiset palvelut Oy.
- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja: Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä: Suomalainen potilasturvallisuusstrategia. 2009:3. [WWW-dokumentti] <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf> (Viitattu 30.8.2010).
- Teerijoki, J. 2008. Perioperatiivisen hoidon laatu potilaiden arvioimana. Opinnäytetyö-tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Thure-Toivanen, T. 2001. Päiväkirurgisen gynekologisen potilaan yksityisyys-odotukset, kokemukset ja toiminta yksityisyyden toteutumisessa potilaan näkökulmasta. Pro gradu-tutkielma. Turku: Turun yliopisto.
- Virolainen, T. 2000. Leikkausasennosta johtuvat komplikaatiot. *Spirium* 35(4), 10.
- Virtanen, P. 2007. Arviointi: Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. 1.painos. Helsinki: Edita Prima Oy.