



POTILAAN TURVALLINEN SELKÄASENTO PITKÄKESTOISSA LEIKKAUKSISSA

Luojus Hanna

Niemi Emmi

Opinnäytetyö
Lokakuu 2010
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

LUOJUS, HANNA & NIEMI, EMMI:
Potilaan turvallinen selkäasento pitkäkestoisissa leikkauksissa

Opinnäytetyö 35 s., liitteet 4 s.

Lokakuu 2010

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä ohjekansio turvallisen selkäasennon rakentamisesta suun ja kaulan alueen tuumorileikkauksissa. Saimme aiheen työelämästä. Opinnäytetyön tehtävä oli kuvata kuinka pitkäkestoinen leikkausasento rakennetaan suun- ja kaulan alueen tuumorileikkauksissa turvallisuuden periaatteet huomioiden. Lisäksi tehtävänä oli kuvata mitkä ovat selkäasennon ongelmat, mahdolliset komplikaatiot ja kuinka ehkäistä niitä. Tämän tuotoksellisen opinnäytetyön aineisto kerättiin kirjallisuudesta ja aikaisemmista tutkimuksista.

Leikkausasento on tärkeä huomioida ja rakentaa oikein, koska potilas saattaa olla samassa asennossa aamusta pitkälle iltaan. Komplikaatiot ja turvallisuus ovat myös työmme keskeisiä käsitteitä, koska turvallisella leikkausasennolla voidaan ehkäistä komplikaatioita.

Tuumorileikkaukset ovat vaativia ja pitkäkestoisia leikkauksia. Siksi potilaan leikkausasennon rakentaminen täytyy suunnitella huolella. Potilaan väärä leikkausasento leikkauksen aikana voi aiheuttaa esimerkiksi painehaavoja, lihas- ja jännevaurioita, hermovaurioita sekä silmävaurioita. Vaikka näistä suurin osa voidaan estää turvallisella leikkausasennolla, muodostavat ne silti suurimman osan leikkauksen jälkeisistä komplikaatioista.

Työmme tavoitteena oli, että leikkausosaston henkilökunta saa tuekseen ohjekansion, jota he voivat tarvittaessa hyödyntää turvallisen leikkausasennon rakentamisessa. Tavoitteenamme oli myös lisätä tietoa siitä, kuinka tulee toimia pitkissä leikkauksissa huomioiden potilaan turvallisuus, jotta välttyttäisiin asennosta johtuvista komplikaatioista. Ohjekansio auttaa osaston henkilökuntaa, opiskelijoita ja uusia työntekijöitä toteuttamaan leikkausasennon oikein ja turvallisesti.

Toivomme, että työstämme olisi apua henkilökunnalle turvallisen leikkausasennon toteuttamiseen. Jatkossa voisi tehdä ohjekansion myös muista leikkausasennoista turvallisuusnäkökulmasta.

Asiasanat: leikkausasento, turvallisuus, komplikaatiot

ABSTRACT

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

LUOJUS, HANNA & NIEMI, EMMI:
Safe position of back in long-term operations

Bachelor's thesis 35 pages, attachments 4
October 2010

The purpose of this Bachelor's thesis was to compile an information folder on how to ensure a safe position of back in tumour surgeries affecting patients' mouth and neck area. The subject of the thesis is working life-related. The objective of this study was to provide the operating room personnel with an information folder which helps them to ensure a safe position of patients' back during a procedure.

This study was carried out as a project. The data were collected from the literature and previous studies. On two occasions the actions of an operation room staff were observed as regards positioning the patient for the mouth and neck area surgery.

Tumour surgeries are challenging and long-term operations. Positioning the patient has to be carefully planned. Incorrect surgery position can cause complications, like for example pressure ulcers, muscle and tendon damages and nerve damages.

Most of the complications caused by incorrect surgery positions could be prevented by a safe surgery position. Incorrect positions account for the majority of complications. We hope that our work will help nursing personnel to ensure safe positioning for patients during surgeries.

Keywords: position, safety, complications

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT	7
3 TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA	8
3.1 Keskeiset käsitteet teoreettisena lähtökohtana.....	8
3.2 Leikkausasento.....	8
3.3 Selkäasento.....	9
3.4 Turvallisuus	11
3.5 Virheellisestä leikkausasennosta aiheutuvia komplikaatioita ja niiden ehkäisy	14
3.5.1 Painehaava	14
3.5.2 Hermovauriot.....	16
3.5.3 Lihas-, nivel- ja jännevauriot.....	18
3.5.4 Silmävauriot.....	19
3.6 Pitkäkestoiset tuumorileikkaukset.....	20
3.7 Yhteenveto selkäasennon rakentamisessa huomioitavista asioista.	21
4 TUOTOKSEEN PAINOTTUVAN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	22
4.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö	22
4.2 Tuotoksen kuvaus ja sisältö.....	22
4.3 Opinnäytetyön vaiheet.....	23
5 PÄÄTÄNTÄ.....	26
5.1 Pohdinta	26
5.2 Eettiset ja luotettavuuskysymykset	27
5.3 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet.....	28
LÄHTEET.....	29
LIITTEET.....	32

OSA 2

Opinnäytetyön tuotoksena syntynyt ohjekansio

1 JOHDANTO

Potilaan leikkausasennon rakentaminen ja valmistelu on tärkeä osa jokaista leikkausta. Jotta potilaan turvallisuudesta voitaisiin varmistua, on leikkausasennon asettaminen, sen säilyttäminen, muuttaminen ja purkaminen tehtävä aina yhteistyössä anestesia- ja leikkausryhmän kanssa. Leikkausasennon rakentaminen on tiimityötä ja vaatii kommunikointia henkilökunnan kesken, jotta potilaan turvallisuuden tunne säilyisi. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 279.)

Potilaan virheellinen leikkausasento, erityisesti pitkäkestoisen leikkauksen aikana, voi aiheuttaa komplikaatioita. Ne ovat ehkäistävissä hyvällä etukäteissuunnittelulla ja vastuullisesti rakennetulla leikkausasennolla. Leikkausasennon laitossa käytettävien apuvälineiden tulee olla kunnossa ja niitä tulee käyttää oikein.

Potilaan oikean leikkausasennon rakentaminen on keskeinen asia perioperatiivisessa hoidossa. Oikea leikkausasento on potilaalle turvallinen, takaa potilaan hyvinvoinnin sekä mahdollistaa potilaan normaalit elintoiminnot. Leikkaussalihenkilökunnan ammattitaitoon kuuluu asennosta johtuvien komplikaatioiden ehkäisy ja niiden tunnistaminen. Leikkausasentojen rakentamisesta on saattanut syntyä henkilökunnalle tietynlaisia rutiineja. Rutiininomaisessa työskentelyssä voi kuitenkin unohtua väärästä leikkausasennosta potilaalle aiheutuvat komplikaatiot. Potilasta ei esimerkiksi saa vetää eikä työntää leikkaustasolla vaan häntä on aina nostettava. Leikkausasentoa valmistellessa huomioidaan potilaan mahdolliset liikerajoitukset. Anestesia ja asento asettavat rajoituksia muun muassa verenkierrolle ja hengitykselle. (Korte, Rajamäki, Lukkari&Kallio 2000, 368; Lehto 2010, 4; Lukkari ym. 2007, 284.)

Teemme opinnäytetyön Pirkanmaan sairaanhoitopiirille. Opinnäytetyömme tarkoituksena on tehdä ohjekansio leikkausasennon rakentamisesta turvallisuusnäkökulmasta pitkäkestoisten suun ja kaulan alueen tuumorileikkausten kohdalla. Kyseiset tuumorileikkaukset tehdään selkäasennossa. Opinnäytetyömme on kaksiosainen ja tuotoksena syntyy

ohjekansio. Kävimme seuraamassa suun ja kaulan alueen tuumorileikkausta leikkausasentoa huomioiden.

Valitsimme aiheen, koska tulevina leikkaussalihoitajina se kiinnostaa meitä ja uskomme tulevaisuudessa hyötyvämmme tästä. Jokaiselle potilaalle sopivan asennon rakentaminen on tärkeä osa tulevaa työtämme. Opinnäytetyötä tehdessämme yllätyimme siitä, kuinka paljon komplikaatioita vääränlainen leikkausasento voi aiheuttaa.

2 TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä ohjekansio leikkausasennon rakentamisesta turvallisuus näkökulmasta pitkäkestoisten suun ja kaulan alueen tuumorileikkausten kohdalla.

Työmme tavoitteena on, että leikkausosaston henkilökunta saa tuekseen ohjekansion, jota voi tarvittaessa hyödyntää turvallisen leikkausasennon rakentamisessa. Tavoitteenamme on myös lisätä tietoa siitä, kuinka tulee toimia pitkissä leikkauksissa huomioiden potilaan turvallisuus, jotta välttyttäisiin asennosta johtuvista komplikaatioista. Ohjekansio auttaa henkilökuntaa, opiskelijoita sekä uusia työntekijöitä toteuttamaan leikkausasennon oikein ja turvallisesti.

Opinnäytetyön tehtävä on kuvata suun ja kaulan alueen tuumorileikkauksiin liittyen

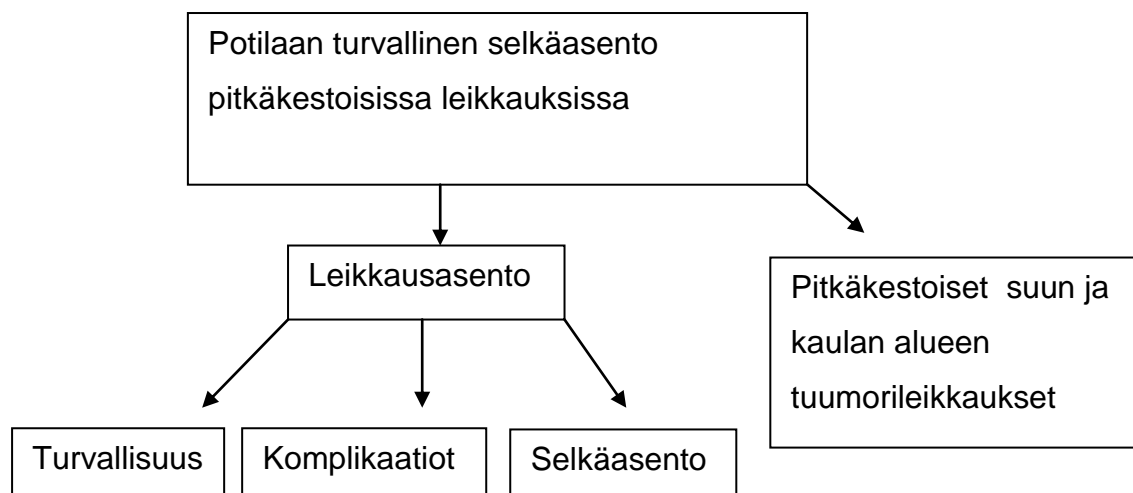
1. Kuinka rakennetaan pitkäkestoinen leikkausasento turvallisuuden periaatteet huomioiden?
2. Mitkä ovat selkäasennon ongelmat ja mahdolliset komplikaatiot?
3. Kuinka ehkäistä mahdollisia komplikaatioita?

Opinnäytetyö on kaksiosainen. Ensimmäisessä osassa käsittelemme opinnäytetyön toteuttamista, teoreettista lähtökohtaa ja teorian tietoa. Toinen osa on opinnäytetyömme tuotoksena syntyvä ohjekansio.

3 TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA

3.1 Keskeiset käsitteet teoreettisena lähtökohtana

Jotta voimme tehdä laadukkaan ohjekansion, valitsimme teoreettiseksi lähtökohdaksi opinnäytetyömme aiheeseen liittyvät keskeiset käsitteet. Leikkausasento on tärkeä huomioida ja rakentaa oikein, koska potilas saattaa olla samassa asennossa aamusta pitkälle iltaan. Lisäksi on tärkeää huomioida komplikaatiot ja turvallisuus, koska turvallisella leikkausasennolla voidaan ehkäistä komplikaatioita. Opinnäytetyössä keskitymme pitkäkestoisiiin suun ja kaulan alueen tuumorileikkauksiin, joissa voi helposti tulla virheellisestä leikkausasennosta johtuvia komplikaatioita. (Kuvio 1.)



KUVIO 1. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

3.2 Leikkausasento

Leikkausasennolla tarkoitetaan asentoa, johon potilas asetetaan leikkaussalissa sen jälkeen kun hänet on nukutettu tai puudutettu. Keskeinen asia perioperatiivisessa hoidossa on potilaan asettaminen leikkausasentoon. Leikkausasento määräytyy leikkauskohteen, toimenpiteen ja kirurgin määräyksen mukaan. Suun ja kaulan alueen tuumorileikkauksissa oikein rakennetulla leikkausasennolla on suuri merkitys, koska leikkaukset ovat pitkäkestoisia ja potilas on pitkään samassa asennossa. Asennon valintaan

vaikuttavat myös potilaasta johtuvat yksilölliset seikat, kuten pituus, paino, ikä ja mahdolliset fyysiset rajoitukset esimerkiksi reuma tai proteesi. Asennon laitosta on yleensä vastuussa valvova sairaanhoitaja yhteistyössä muun leikkaustiimin kanssa. (Korte ym. 2000, 368.)

Optimaalinen leikkausasento takaa potilaalle maksimaalisen turvallisuuden. Se luo hyvän näkyvyyden ja helposti tavoitettavan leikkausalueen kirurgille ja anestesiaryhmälle mahdollisuuden potilaan tarkkailuun ja anestesian hoitoon. Turvallisin leikkausasento on sellainen, joka on mukava potilaalle myös hänen hereillä ollessa. Suun ja kaulan alueen tuumorileikkauksissa mukavuutta ei voida taata, sillä kirurgin on saatava hyvä näkyvyys leikkausalueelle. Puudutettu potilas ei tunne huonon asennon aiheuttamaa epämukavuutta, myöskään nukutettu potilas ei pysty kertomaan eikä korjaamaan huonoa asentoa. Opinnäytetyössämme käsiteltävät leikkaukset tehdään yleisanestesiassa. Tästä johtuen asentoa laitettaessa on varottava, ettei potilas irtoa hengityskoneesta. (Fairchild 1996, 316; Panelius & Varisto 1995, 84; Korte ym. 2000, 368; Lehto 2010, 4.)

Hyvä leikkausasento saavutetaan käyttämällä sopivia apuvälineitä, jotka eivät estä tai häiritse potilaan hoitoa. Suun ja kaulan alueen syöpäleikkauksissa käytetään muun muassa pehmustettuja käsitelineitä, tyynyä tukemaan jalkoja, pehmustetyynyä pään alla ja Apollo-patjaa, joka jakaa kehon pintapainetta.

AORN:n (Association Of perioperative Registered Nurses) määrittelee leikkausasennon kriteerit. Asento ei saa häiritä hengitystä, verenkiertoa eikä aiheuttaa painetta hermoihin. Oikea leikkausasento takaa anestesia-aineiden oikean leviämisen, sekä mahdollistaa leikkausryhmän hyvän pääsyn leikkausalueelle. Leikkausasennosta ei saa aiheutua postoperatiivisia komplikaatioita. Potilaan yksilöllinen anatomia pitää ottaa huomioon asennoissa. Hyvä leikkausasento varmistaa turvallisuuden koko leikkauksen ajan. (Fairchild 1996, 316.)

3.3 Selkäasento

Selkäasento on tavallisin leikkausasento ja myös suun ja kaulan alueen tuumorileikkaukset tehdään selkäasennossa. Asennossa potilas makaa

selällään leikkaustasolla pää, niska, selkäranka ja jalat samassa linjassa. Jalat ovat rinnakkain, hieman erillään toisistaan. Jalkojen alle asetetaan tyyny, jonka päällä ne lepäävät. Hoitajan tulee tarkistaa, että potilaan jalat eivät jää ristikkäin peittelyiden alle, koska siitä aiheutuu painetta verisuonille ja jalan hermoille. Polvien alle asetetaan pieni tyyny. Tyyny tukee polvien niveliä ja estää niitä yliojentumasta. Nilkkojen alle asetetaan pehmuste vähentämään painetta kantapäissä ja helpottamaan laskimopaluuta. Suun ja kaulan alueen tuumorileikkauksissa pienet tukityyny korvataan käyttämällä yhtä isoa tyynyä tukemaan jalkojen asentoa. Potilaan jalkojen tulee olla leikkaustasolla pehmustepatjalla. Ne eivät saa roikkua tason yli. Jotta potilaan asento säilyisi turvallisena koko leikkauksen ajan, tuetaan potilaan jalat turvavyöllä. Turvavyö kiinnitetään reisien yli sopivan kireälle. (Shields & Werder 2002, 67. Groah 1996, 257-258. Lukkari ym. 2003, 282-285.)

Kädet voivat olla vartalon vierellä, reiden ulkopintaa vasten tai käsitelineiden päällä. Suun ja kaulan alueen tuumorileikkauksissa molemmat kädet ovat käsitelineiden päällä, koska toisesta kädestä otetaan mikrovaskulaarinen siirre ja toinen käsi toimii i.v-reittinä muun muassa anestesia-aineille, nesteille ja muille lääkkeille. Kun siirre on saatu otettua kädestä, käsi tuetaan vartalon vierelle pehmustetulla Eerolan kourulla. (kts. Kuva 1.)



Kuva 1. Käsi Eerolan kourulla

Useimmiten siirre otetaan kädestä, mutta se voidaan ottaa myös yläselästä. Siirteellä korvataan poistettu syöpäkudos suun tai kaulan alueelta.

Käsitelineet pehmustetaan geelipatjalla ja kankaalla. Käsien tulee olla mahdollisimman luonnollisessa asennossa. Sormet voivat olla hieman koukussa, niitä ei ojenneta. Käsiä ei saa loitontaa yli 90 astetta. Ristiselän alle asetetaan tarvittaessa pieni tukityyny, mikäli se tuntuu potilaasta hyvältä. Sen tarkoitus on tukea selkää ja ehkäistä postoperatiivista lihassärkyä. Suun ja kaulan alueen tuumorileikkauksissa selän alla ei käytetä tukityynyä. Potilaan pään alle asetetaan pehmustetyyny. Ohjekansiossa esittelemme erilaisia osastolla käytössä olevia päätyynyjä. Ennen kun potilas nukutetaan, häntä pyydetään hakemaan itselleen mahdollisimman hyvä asento. Verenkierröllisesti selkäasento on hyvä, koska verenkiertoelimistö ja sydän ovat joka puolella samassa tasossa. (Korte ym. 2000, 369; Lehto 2010, 5; Lukkari m. 2007, 285.)

Raskaana olevien naisten leikkauksia pyritään välttämään mahdollisuuksien mukaan, koska komplikaatioiden riski on suuri. Suun ja kaulan alueen tuumorileikkaukset ovat usein kiireellisiä toimenpiteitä, jotka eivät voi odottaa. Erityisesti raskaana olevilla on selkäasennossa osattava varoa supiinisyndroomaa. Supiinisyndroomassa laskimopaluu estyy ulkoisen paineen vuoksi. Selinmakuulla raskaana olevan kohtu painaa alaonttolaskimoa, eikä laskimotonus jaksa kannatella litistymättä kohdun painoa. Saman ongelman voi aiheuttaa myös suuri tyrä. Verenkierto ja hapen siirtyminen kudoksiin sekä paluuvirtaus sydämeen huononevat. Tämä laskee verenpainetta ja pitkäkestoisena istukan verenkierto voi vähentyä vaarallisen paljon. Supiinisyndrooma voidaan ehkäistä oikean lonkan alle asetetun tyynyn avulla tai leikkauspöytää kallistamalla vasemmalle, jotta kohtu ei paina suuria suonia. Tällöin potilaan turvallisuus täytyy taata turvavöitä käyttämällä. (Lehto 2010, 5; Eskola & Hytönen 2008, 178.)

3.4 Turvallisuus

Äkillinen sairastuminen on ennakoimaton tapahtuma, joka sekoittaa ihmisen normaalin elämänsä elämänkulun, herättää epävarmuutta, turhautumista, masentuneisuutta, pelokkuutta ja yksinäisyyttä. Syöpään sairastunut ihminen

voi kokea tämänkaltaisia tunteita. Hän on saattanut kadottaa turvallisuuden tunteensa. Turvallisuus on yksi ihmisen perustarpeista. Se on elämää suojeleva tekijä. Turvallisuuden tunne tarkoittaa sitä, että ihmisen tulevaisuus on järjestyksessä ja ennakoitavissa. Lisäksi hän tuntee olevansa suojassa ympäristön vaaroilta. (Naukkarinen 1999, 6, 12; Kangasniemi 2010, 40-41)

Turvallisuus on yksi perioperatiivisen hoitotyön johtava periaate. Terveystieteiden tavoitteena on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja kärsimyksen lieventäminen, jotka kaikki tähtäävät potilasturvallisuuteen. Hoitotieteessä turvallisuus määritellään tunteeksi, joka aiheuttaa potilaissa hyvänolon kokemuksia. Turvallisuuden tunnetta lisää potilaiden tietoisuus ja varmuus asioiden järjestymisestä. Suun ja kaulan alueen tuumorileikkaukset ovat vaativia toimenpiteitä ja potilaiden tulevaisuus ja syövästä toipuminen voi olla epävarmaa. (Kangasniemi 2010, 40-41; Naukkarinen 1999, 13.)

Leikkaukseen joutuminen on potilaalle aina pelottava tilanne, joten perioperatiivisella hoitajalla on tärkeä rooli potilaan tukemisessa ja rohkaisemisessa. Potilaan turvallisuutta lisää se, että hän tietää turvallisuutensa olevan taattu koko toimenpiteen ajan. Potilaskeskeisessä hoitotyössä on tärkeää, että hoitajan ja potilaan välillä korostuu potilaan turvallisuuden lisäämiseen tähtäävä vuorovaikutus. Perioperatiivinen hoito on usein teknistä toimintaa, jossa ihmisen kokonaisuus fyysisten toimenpiteiden rinnalla voi jäädä helposti vähemmälle huomiolle. Tällöin kohtaamiset leikkauksosaston henkilökunnan ja potilaan välillä saattavat jäädä lyhyiksi. (Mikkonen 1994, 7; Shield & Werder 2002, 14.)

Potilaan turvallisuus jaetaan myös fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen turvallisuuteen. Fyysinen turvallisuus taataan siten, että potilasta ei jätetä missään hoidon vaiheessa yksin. Tämä on yleensä helppo toteuttaa kaikissa, myös opinnäytetyössämme käsiteltävissä, leikkauksissa. Potilaan kunnioittaminen, hyvä tiedottaminen sekä hänen mielipiteidensä huomioon ottaminen luovat psyykkistä turvallisuuden tunnetta. Se muodostuu tunteiden, tiedon, ymmärryksen ja normien sekä ihanteiden ja arvojen perusteella. Sosiaalinen turvallisuus muodostuu sosiaalisesta yhteisöstä ja se perustuu ihmissuhteisiin. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 17; Naukkarinen 1999, 12-13.)

Hankela on tutkinut työssään potilaiden kokemuksia turvallisuudesta. Hän jakaa potilaan intraoperatiivisen turvallisuuden sisäiseen, ulkoiseen ja ihmisten väliseen turvallisuuteen. Sisäinen turvallisuus käsittää potilaan integriteetin ja selviytymiskeinot. Ulkoinen turvallisuus sisältää potilaan itsemääräämisoikeuden ja hoitoympäristön. Suun ja kaulan alueen tuumorileikkauksissa potilaan ulkoista turvallisuutta lisää se, että leikkausasennon laitossa käytettävät apuvälineet, kuten tuet ja pehmusteet, ovat asianmukaisesti tarkastettuja ja niitä käytetään oikein. Ihmisten väliseen turvallisuuteen kuuluu sairaanhoitajan toimintatapa ja intraoperatiivisen hoitotyön toiminnot. Leikkaussalihenkilökunnan toimiva vuorovaikutus ja riittävä potilaan ohjaus tuovat potilaalle turvallisuuden tunnetta. Tutkimuksessa kävi ilmi, että potilaan kokema turvallisuutta edesauttoi luottamus, mahdollisimman suuri itsemääräämisoikeuden toteutuminen, sairaanhoitajien vuorovaikutuksellinen toimintatapa sekä hoitoympäristön positiiviset ominaisuudet. (Hankela 1999, 68.)

Tutkielmassaan Mikkonen käsittelee ihmisen turvallisuutta sisäisestä, ulkoisesta ja pseudoturvallisuuden näkökulmasta. Sisäisen turvallisuuden muodostaa kokemukset elämästä. Se merkitsee sitä, että ihminen tuntee itsensä varmaksi ja rauhalliseksi, luottaa itseensä ja myös toisiin ihmisiin. Perioperatiivisella hoitajalla on tärkeä rooli, jotta potilas tuntisi olonsa turvalliseksi ja rauhalliseksi leikkausvalmisteluja tehtäessä. Positiiviset kokemukset elämässä johtavat kohonneeseen sisäiseen turvallisuuteen. Ulkoinen turvallisuus liittyy ympäristöön, tietoon ja ihmissuhteisiin. Pseudoturvallisuus on valheellista ja epäaitoa turvallisuutta. Usein sen pohjana ovat harhakuvitelmat ja tietämättömyys. Potilaan harhakuvitelmia ja pelkoja voidaan poistaa antamalla riittävästi tietoa suun ja kaulan alueen tuumorileikkauksesta. (Mikkonen 1994, 7.)

On tehty arvioita joiden mukaan lähes puolet kaikista haittatapahtumista tapahtuu leikkaussaliympäristössä. Näistä jopa puolet olisi ehkäistävissä. Tämä tekeekin leikkaussaliympäristöstä haastavan niin henkilökunnalle kuin potilaalle. Potilaan turvallisuuden takaamiseksi on tehtävä saumatonta yhteistyötä ja kommunikaation hoitajien ja lääkärien välillä on toimittava. Perioperatiivisen sairaanhoitajan korkeatasoisella osaamisella pyritään siihen, että hoidossa vältetään turvallisuusriskejä. Suun ja kaulan alueen tuumorileikkauksissa

asennon oikea tekninen toteuttaminen varmistavat potilaan turvallisuutta pitkäkestoisessa leikkauksessa. (Kinnunen&Peltomaa 2009, 94; Lukkari ym. 2007, 17.)

3.5 Virheellisestä leikkausasennosta aiheutuvia komplikaatioita ja niiden ehkäisy

Tuumorileikkaukset ovat vaativia ja pitkäkestoisia leikkauksia. Siksi potilaan leikkausasennon rakentaminen täytyy suunnitella huolella potilaan esitietoja avuksi käyttäen. Oikein rakennetun leikkausasennon tärkein tavoite on ehkäistä komplikaatioita. Potilaan väärä leikkausasento leikkauksen aikana voi aiheuttaa esimerkiksi painehaavoja, lihas- ja jännevaurioita sekä hermovaurioita. Vaikka näistä suurin osa voidaan estää turvallisella leikkausasennolla, muodostavat ne silti suurimman osan leikkauksen jälkeisistä komplikaatioista. Suun ja kaulan alueen tuumorileikkauksissa asennosta johtuvia postoperatiivisia komplikaatioita on kuitenkin yllättävän vähän, vaikka leikkaukset ovat pitkäkestoisia. (Korte ym. 2000, 368; Rautiainen 2003, 15.)

3.5.1 Painehaava

Normaalisti ihminen korjaa asentoaan paremmaksi, jos asento on epämukava. Tuumorileikkauksissa anestesoitu potilas ei tätä kuitenkaan pysty tekemään. Tärkeintä painehaavojen hoidossa on niiden ennaltaehkäisy. Nukutetun tai puudutetun potilaan kohdalla ennaltaehkäisy tarkoittaa vähintään kahden tunnin välein tapahtuvaa passiivista liikehoitoa. Suun ja kaulan alueen tuumorileikkauksissa liikehoito rajoittuu lähinnä anestesiakäteen ja potilaan jalkoihin, koska potilaan ympärillä työskentelee kaksi leikkaustiimiä. Toinen tiimi työskentelee pään ja kaulan alueella ja toinen tiimi irrottaa mikrovaskulaarista siirrettä esimerkiksi potilaan kädestä. Myös steriilit leikkausliinat estävät potilaan liikehoidon toteuttamista. (Roberts, Alhava, Höckerstedt & Leppäniemi 2010, 54-55.)

Decubitus eli painehaava on ihon tai ihonalaisen kudoksen paikallinen vaurio, jonka on aiheuttanut paine, hankaus ja venyntyminen yhdessä tai erikseen. Työssämme tarkoitamme sellaisia painehaavoja, jotka syntyvät potilaan, leikkaustason ja erilaisten tukien välisestä kontaktista. Tällöin painauma kehittyy

tyypillisesti luisen ulokkeen kohdalle esimerkiksi lantionseutuun sakraalisesti, trokanterin alueelle, takaraivolle tai istuinkyhmyyn seudulle. Kantapäiden ja kehräsluiden alueet ovat myös alttiita painehaavoille. Tulee myös varmistaa, ettei korvanlehti tai poski painu kovaa alustaa vasten. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2002, 186.)

Painehaava kehittyy asteittain. Ensimmäisen aste eli ensioire on punoitus iholla, joka voi hävitä asentoa muuttamalla. Jos punoitus ei häviä 15 minuutissa voidaan tätä aluetta pitää jo alkavana painehaavaumana. Toisessa vaiheessa punoituksen lisäksi iholla on turvotusta ja rakkulanmuodostusta. Painehaavan synnyn voi vielä tässä vaiheessa ehkäistä hoitotoimenpiteillä; vähentämällä alueen kuormitusta ja rasvaamalla ihoa. Leikkaussalissa voidaan toteuttaa passiivista liikehoitoa vähentämään ihon kuormitusta. Kolmannessa vaiheessa iho menee nekroosiin. Neljännessä vaiheessa myös rasvakudos, lihas ja luu menevät nekroosiin. Potilaan ihon kunto tulee tarkistaa aina leikkauksen loputtua. (Ukkola, Ahonen, Alanko, Lehtonen & Suominen 2001, 369; Roberts ym. 2010, 55.)

Tärkein painehaavan etiologinen tekijä on pitkittynyt kohtisuora staattinen paine luisen ulokkeen kohdalla. Pinnalla oleva iho sietää syvällä olevaa lihaskudosta paremmin pitkittynyttä paineen nousua. Kudosiskemia ja palautumaton kudosnekroosi voi syntyä jopa 4-12 tunnin kuluessa. Suun ja kaulan alueen tuumorileikkauksissa käytettävä Apollo-patja ehkäisee painehaavojen syntyä. Tangentiaalisia voimia kohdistuu potilaaseen esimerkiksi, jos leikkaustason päätyä kohotetaan tai potilasta siirrellään tasolla. Tällöin ihossa syntyy kitkan takia hankautumista tai rikkoutumista ja syvissä kudoksissa verenkiertohäiriöitä ja venyttymistä. Tästä johtuen potilasta on aina nostettava leikkaustasolla, häntä ei saa vetää eikä työntää. (Iivanainen ym. 2002, 188.)

Muita painehaavoille altistavia tekijöitä ovat tuntopuutokset, huono ravitsemustila, matala verenpaine, ihon huono kunto, reuma, diabetes, kortisonilääkitys ja inkontinenssi. Syöpätauteja voidaan yleisesti pitää vajaaravitsemus vaaraa lisäävinä sairauksina. Suun ja kaulan alueen syöpäpotilailla on saattanut olla vaikeuksia ravinnon nauttimisen kanssa, johtuen esimerkiksi kasvaimesta tai syövän muista oireista. Potilaan hyvä yleistila, ravitsemus ja ihon perushoito ovat tärkeitä painehaavan ehkäisyn

kannalta. Hyvällä ravitsemustilalla edesautetaan potilaalle suunniteltua hoitoa ja ehkäistään vajaaravitsemuksesta aiheutuvia komplikaatioita. (Roberts ym. 2010, 54, 818; Hyytinen, Mustajoki, Partanen & Sinisalo-Ojala 2009, 176.)

Ihon pitkittynyt kosteus johtaa maseroitumiseen ja tämä altistaa pinnallisille haavoille. Siksi on tärkeää huomioida ihon desinfektion yhteydessä, ettei potilaan alle jää kosteutta. Desinfioidun alueen tulee olla kuiva ennen peittelyä. Myös hikoilu voi aiheuttaa kosteutta potilaan iholle. (Hietanen ym. 2002, 188.)

Pitkiin leikkauksiin liittyy usein kehon lämpötilan lasku, mikä voi lisätä painehaavan syntymisriskiä. Lämmityshoidolla, esimerkiksi lämpöpatjalla- tai puhaltimella, on pystytty vähentämään leikkausten aikaisten painehaavojen syntyä. Suun ja kaulan alueen tuumorileikkauksissa käytetään Inditherm-lämpöpatjaa. Painehaavojen ehkäisemiseksi kehon paine tulisi tasata mahdollisimman laajalle alueelle ja käyttämällä paksumpaa leikkausalustaa. Tuumorileikkauksissa käytetäänkin Apollo-patjaa. Se on valmistettu viskoelastisesta geelivaahdosta ja tarkoitettu painehaavojen ennaltaehkäisyyn. Patja jakaa kehon pintapainetta ja pitää vartalon hyvässä keskiasennossa. (Hietanen ym. 2002, 188; Hannuksela, Karvonen, Reunala & Suhonen. 2003, 172; Apollo-staattinen patja, ICF Group Oy; Inditherm-lämpöpatja, Inditherm PLC.)

3.5.2 Hermovauriot

Anestesia lisää hermovaurioiden vaaraa, koska lihasten tonus laskee ja potilas voi olla epäfysiologisessa asennossa. Myös suun ja kaulan alueen tuumorileikkausten pitkäkestoisuus lisää hermovaurioiden vaaraa. (Rautiainen 2003, 13.)

Ääreisalueiden hermovauriot ovat yleisimpiä huonosta asennosta johtuvia komplikaatioita. Nämä johtuvat useimmiten suorasta mekaanisesta paineesta. Hermovaurioita voi aiheutua riittämättömästä verenkierrosta. Iskemia syntyy hermoon kohdistuvasta suorasta paineesta tai venytyksestä. Leikkauksissa tavallisesti painetta aiheuttaa esimerkiksi leikkauspöydän reunat ja tukitelineet. Ulkoiselle puristukselle alttiit ihon kohdat tulisi pehmustaa huolellisesti. Yleisempiä asennosta johtuvia vaurioita ovat perifeeristen hermojen

kompressio-oireet. Ääreishermovauriot eivät yleensä johdu väärästä asennosta, vaan siitä, että leikkauksen aikana raajat eivät ole luonnollisessa asennossa. (Korte 1996, 370.)

Yläraajojen hermot lähtevät hartiapunoksesta eli plexus brachialiksesta. Hartiapunos on alimpien kaulahermojen ja ylimmän rintahermon muodostama suuri hermopunos. Se kulkee kaulalta solisluun ali kainaloon, josta se alkaa haarautua erillisiksi yläraajan hermoiksi. Hartiapunos on pitkä ja liikkuva ja sen läheisyydessä on paljon luisia rakenteita. Plexus brachialis on vaurioille alttein hermo anestesian aikana. Se voi vaurioitua venytyksessä, jossa olkavarsi on loitonnettuna yli 60 astetta, ulkorotaatiossa ja taakseojennettuna. (Bjälje, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 2007, 93; Lehto 2010, 5; Rautiainen 2003, 13.)

Kyynärhermo (nervus ulnaris) ja värttinähermo (nervus radialis) ovat alttiita leikkauksen aiheutuille käden alueen hermovaurioille. Kyynärhermo kulkee pinnallisesti olkaluun koukistajalisäkkeen ja ihon välissä. Se voi helposti joutua puristuksiin esimerkiksi käsitelineen reunaa vasten. Suun ja kaulan alueen tuumorileikkauksissa käytetään geelialustaa käsitelineen pehmustamiseen ehkäisemään hermovaurioita. Käden yliojennusta tulee varoa. Yleisin perifeerisen hermoston hermostokomplikaatio on kyynärhermon neuropatia. (Bjälje 2007, 93; Lehto 2010, 5; Rautiainen 2003, 14.)

Värttinähermo kiertää lähellä olkaluun pintaa ja palaa sen takaa ulkokautta eteen. Se hermottaa muun muassa ranteen ojentajalihaksia. Jos nervus radialis halvaantuu, käden ojentaminen ranteesta ei onnistu. Halvaannuksen voi aiheuttaa esimerkiksi käden painuminen anestesiakaarta vasten trendelenburgin asennossa. Tämä on harvinaista suun ja kaulan alueen tuumorileikkauksissa, koska niissä ei anestesiakaarta käytetä. (Rautiainen 2003, 14.)

Hermovaurioille altistavia tekijöitä ovat yleissairaudet kuten diabetes, hyytymissairaudet, antikoagulanttihoito, anemia, hypovolemia, elektrolyyttihäiriöt ja arterioskleroosi tai synnynnäiset epämuodostumat. Potilaan ikä, miessukupuoli, lihavuus tai alipainoisuus lisäävät myös riskejä hermovaurioille. Verenpaineesta ja potilaan lämpötiloudesta huolehtimalla voidaan estää komplikaatioita. (Rautiainen 2003, 13.)

Potilaan käsiä ei tulisi loitontaa yli 90 astetta, koska tällöin olkaluun pää ylivenyttää hermopleksusta. Yli 90 asteen loitonnuksista seurauksena voi olla hermovaurio. Hermovaurion riski kasvaa, jos potilaan pää on samalla kääntyneenä vastakkaisen käden suuntaan. Pään olisi hyvä olla mahdollisimman luonnollisessa asennossa päähän verta tuovien ja palauttavien suonien vuoksi. Tämä ei ole aina mahdollista suun ja kaulan alueen tuumorileikkauksissa kirurgin työskentelyn mahdollistamiseksi. Vaurioita voi aiheuttaa myös käden putoaminen käsitelineeltä. Putoaminen voidaan estää käyttämällä turvavöitä koko leikkauksen ajan. (Lehto 2010, 5.)

3.5.3 Lihäs-, nivel- ja jännevauriot

On tärkeää, että perioperatiivinen sairaanhoitaja tuntee nivelten liiketyypit ja luonnolliset liikeradat, jotta pitkäkestoinen leikkausasento voidaan rakentaa turvallisesti. Selän lihakset ja ligamentit rasittuvat tavallisessa selkäasennossakin, jopa 12-37 prosenttia leikkauspotilaista kärsii postoperatiivisesti selkävaikeuksista ja niska-hartiaseudun vaivoista. Niska-hartiaseudun vaivat johtuvat siitä, että potilaan pää saattaa olla sivulle käännettynä koko leikkauksen ajan, mikä aiheuttaa lihaksissa ja jänteissä venytystä. Erityisesti sivutaivutuksessa ja kiertyneissä asennoissa niskalihaksisto väsy nopeammin. Venytys lisää riskiä saada niska- ja hartiaoireita. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 321; Rautiainen 2003, 15; Tamminen-Peter & Wickström 1998, 11.)

Leikkausasento saattaa aiheuttaa puristusta lihaksissa ja jänteissä, mikä aiheuttaa kipua jo leikkausasennon valmistelussa ja myöhemmin postoperatiivisesti. Suun ja kaulan alueen tuumorileikkauksissa potilaat ovat pitkään samassa leikkausasennossa. Tämä saattaa lisätä postoperatiivisia kipuja. Jotta välttyttäisiin nivelvaurioilta ja raajojen ylijännöksiltä, tulee raajat asetella mahdollisimman luonnolliseen asentoon, mikäli se on mahdollista. Sormien annetaan olla hieman koukussa, niitä ei ojenneta. Polvien alle tulee sijoittaa pieni tyyny jotta polvet pysyisivät hieman koukussa. Ohjekansiossamme esiteltävässä leikkausasennossa käytetään yhtä isoa tukityynyä jalkojen alla. Nivelten liikelaajuudet ovat yksilöllisiä ja vaihtelevat ikäryhmittäin. (Korte 2000, 369.)

3.5.4 Silmävauriot

Suun ja kaulan alueen tuumorileikkauksissa potilas on nukutettu, joten hän ei itse pysty kostuttamaan silmiään räpyttelemällä. Luomet levittävät kyynelnestettä silmän ulkopinnalle silmiä räpyteltäessä. Kyynelnesteen tehtävä on puhdistaa ja kostuttaa silmän ulkopintaa ja estää sarveiskalvoa kuivumasta. (Bjälle 2007, 121.)

On tärkeää huomioida, että potilaan silmät ovat suljettuina koko leikkauksen ajan. Silmät teipataan ja tarvittaessa niitä voidaan kostuttaa kostutustipoilla -tai voiteilla kosteuden ylläpitämiseksi sekä helpottamaan silmäluomien kiinnipysymistä. Suun ja kaulan alueen tuumorileikkauksissa silmät täytyy teipata huolellisesti kiinni, sillä ne ovat koko pitkän toimenpiteen ajan leikkausliinojen alla piilossa. Leikkaussalin koneellinen ilmastointi ja voimakas tuuletus altistavat silmien kuivumiselle. Kuivasilmäisyys voi altistaa vakaville silmäsairauksille, esimerkiksi sarveiskalvon pintahaavaumille ja sarveiskalvotulehduksille. (Hietanen, Hiltunen & Hirn 2005, 63.)

Kirurgi työskentelee suun ja kaulan alueen tuumorileikkauksissa lähellä potilaan silmiä ja kasvoja. Siksi onkin mahdollista, että potilaan kasvoihin voidaan vahingossa nojata. Silmät olisi hyvä suojata silmäkilvillä tai suojalaseilla, ettei instrumentilla vahingoitettaisi peitteiden alla olevia silmiä. Tuumorileikkauksissa silmäkilpiä ei käytetä, koska potilaan pää on usein sivulle käännettynä. Tästä johtuen silmät eivät ole suoraan kirurgin työskentelyalueella.

Silmään kohdistuva ulkoinen paine, esimerkiksi potilaan huono asento tai leikkaustiimin nojaaminen potilaan kasvoihin voi aiheuttaa arteria centralis retinaen tromboosin. Tämä voi johtaa jopa silmän sokeutumiseen. Suun ja kaulan alueen tuumorileikkauksissa tämä on harvinaista, koska vaurio on tavallisin vatsa-asennossa. Verkkokalvovaurioita (cornea) voi tulla missä asennossa tahansa, mutta ne ovat onneksi paranevia. (Rautiainen 2003, 15.)

3.6 Pitkäkestoiset tuumorileikkaukset

Työssämme keskitymme pitkäkestoiisiin tuumorileikkauksiin. Toimenpiteet ovat suun ja kaulan alueen syöpien leikkauksia. Potilaiden ikä ja sukupuoli vaihtelee. Leikkauksia tehdään osastolla noin 25-30 vuodessa.

Suun ja kaulan alueen tuumorien tärkeimmät hoitomuodot ovat kirurgia ja sädehoito. Sädehoito voidaan antaa preoperatiivisesti ennen leikkausta tai postoperatiivisesti leikkauksen jälkeen. Hoitosuunnitelma laaditaan usean eri erikoisalan asiantuntijan yhteistyönä. (Karma, Nuutinen, Puhakka, Vilkmán, Virolainen, Ylikoski & Ramsay 1999, 221.)

Leikkaukset ovat pitkäkestoisia, ne saattavat kestää aamusta pitkälle iltaan. Pitkän paikallaolon takia potilaat ovat alttiita asennosta johtuville komplikaatioille. Leikkauksessa poistettavan kudoksen tilalle otetaan usein mikrovaskulaarinen siirre. Siirteen ottopaikka vaikuttaa leikkauksen kestoon. Siirre valitaan siten, että kudossmassa on sopiva esimerkiksi kädestä tai yläselästä. Sen tulee sisältää tarvittavat kudokset, esimerkiksi ihoa ja lihasta. Asennon laitossa täytyy huomioida siirteen ottokohta. Tällöin esimerkiksi potilaan käsi saattaa jäädä huonoon asentoon. Potilaat siirtyvät tehohoitoon leikkauksen jälkeen. (Joensuu, Roberts, Teppo & Tanhunen 2006, 257; Karma ym. 1999, 218-220.)

3.7 Yhteenveto selkääsennon rakentamisessa huomioitavista asioista.

Mitä huomioidaan?	Miten ja miksi?
Turvallisuus	<ul style="list-style-type: none"> - Hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus tärkeää, se lisää potilaan turvallisuutta - Hoitajalla tärkeä rooli, jotta potilas tuntisi olonsa turvalliseksi ja rauhalliseksi - Potilaan fyysinen turvallisuus taataan siten, ettei häntä jätetä missään hoidon vaiheessa yksin - Potilaan ulkoista turvallisuutta lisää se, että leikkausasennon rakentamisessa käytettävät apuvälineet ovat kunnossa ja niitä käytetään oikein
Painehaavan ennaltaehkäisy	<ul style="list-style-type: none"> - Passiivinen liikehoito tärkeää pitkissä leikkauksissa - Leikkaustaso pehmustettava hyvin potilaan luisten ulokkeiden kohdalta - Apollo- patja jakaa kehon pintapainetta - Inditherm- lämpöpatja ehkäisee kehon lämpötilan laskua, painehaavan syntymisriski pienenee - Potilasta aina nostettava leikkaustasolla, häntä ei saa vetää eikä työntää - Potilaan alle ei saa jäädä kosteutta iho desinfection yhteydessä, ihon tulee olla kuiva ennen peittelyä
Hermovaurioiden ennaltaehkäisy	<ul style="list-style-type: none"> - Leikkaustason ja tukitelineiden pehmustus tärkeää riittävän verenkierron turvaamiseksi - Raajat mahdollisimman luonnollisessa asennossa - Raajojen ylijennuksia vältettävä, käsiä ei loitonnetta yli 90 astetta - Varottava käden putoamista käsitelineeltä, voidaan estää turvavyöllä
Lihäs-, nivel- ja jänneaurioiden ennaltaehkäisy	<ul style="list-style-type: none"> - Perioperatiivisen hoitajan tunnettava nivelten liiketyypit ja niiden luonnolliset liikeradat - Raajat mahdollisimman luonnollisessa asennossa - Potilaan pää, niska, selkäranka ja jalat samassa linjassa leikkaustasolla - Potilaan sormia ei ojenneta, ne saavat olla hieman koukussa - Tukityyny jalkojen alle, polvet jäävät hieman koukkuun
Silmävaurioiden ennaltaehkäisy	<ul style="list-style-type: none"> - Silmät teipataan huolellisesti kiinni - Tarvittaessa silmät kostutetaan kostutustipoilla tai -voiteilla - Leikkaustiimin varottava nojaamista potilaan kasvoihin

4 TUOTOKSEEN PAINOTTUVAN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö

Opinnäytetyömme aihe käsittelee potilaan turvallista selkäasentoa pitkäkestoisissa leikkauksissa. Valitsimme aiheen, koska se kiinnosti meitä ja halusimme perehtyä siihen syvällisemmin. Tuotoksellinen opinnäytetyö on yksi vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle ammattikorkeakoulussa. Tuotoksellisen opinnäytetyön tavoitteena on käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Se voi olla esimerkiksi ammatilliseen käytäntöön tarkoitettu ohje, ohjeistus tai opastus, kuten perehdytyskansio tai turvallisuusohjeistus. Opinnäytetyössämme yhdistyvät käytännön toteutus ja sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin. (Vilka & Airaksinen 2003, 9.)

Tuotoksellisen opinnäytetyömme toteutustapana on ohjekansio. Teimme ohjekansion, koska osastolla oli tarve sellaiselle. Kansio sisältää tietoa selkäasennon rakentamisesta ja on apuna osaston henkilökunnalle, uusille työntekijöille sekä opiskelijoille.

4.2 Tuotoksen kuvaus ja sisältö

Opinnäytetyömme tuotoksena teemme ohjekansion siitä, kuinka suun ja kaulan alueen tuumorileikkauksissa käytettävä selkäasento rakennetaan turvallisesti ja mitä siinä täytyy ottaa huomioon. Ohjekansio on tarkoitettu leikkausosaston sairaanhoitajille ja kaikille leikkausasennon rakentamiseen osallistuville. Valitsimme paperille painetun ohjekansion, esimerkiksi sähköisen esityksen sijaan, sillä kansio on helposti käden ulottuvilla ja sitä pystyy siirtämään paikasta toiseen. Kansioon on helppo tehdä lisäyksiä uusimman tiedon mukaan ja muutoksia jos toimintatavat muuttuvat. (Laine, Ruishalme, Salervo, Siven & Välimäki 2002, 260-261.)

Hyvä kirjallinen ohje on kieliasultaan selkeä ja ymmärrettävä. Siinä ilmoitetaan, kenelle ohje on tarkoitettu ja mikä sen tarkoitus on. Sen tulee vastata työelämän tarvetta. Kirjainkoon- ja tyyppin tulee olla selkeästi luettavaa. Kuvilla voidaan lisätä ohjekansion ymmärrettävyyttä. Ohjeen koolla ja värityksellä voidaan

herättää lukijan mielenkiintoa. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 124-127.) Ohjekansio on suoritus jonka tunnusomaisia piirteitä ovat tavoitteellisuus, suunnitelmallisuus, kertaluonteisuus, määrättyt resurssit ja kokonaisuuden ohjaus. (Hakala 1998, 24.)

Ohjekansiossamme on valokuvien ja tekstien kerrottu turvallisen selkäasennon rakentamisessa huomioitavat seikat. Kuvat ovat selkeitä ja riittävän isoja. Fontti on helposti luettavaa ja riittävän isoa. Valitsimme tuotoksemme taustaväriksi hillityn harmaan. Kansion alussa esittelemme selkäasennossa tarvittavat apuvälineet leikkaustasolla. Tasolla olevat apuvälineet on nimetty kirjaimin ja kuvan alapuolella selvitetty kuvan sisältö. Toisessa kuvassa esittelemme Apollo- ja lämpöpatjan. Seuraavassa kuvassa havainnollistamme jalkatyynyn asettamisen leikkaustasolle. Ohjekansiossa seuraavaksi esittelemme käsien oikeita asentoja ja erilaisia käsitukia. Kuvaamme myös jalkojen ja pään oikean asennon ja esimerkkejä erilaisista päätyynyistä. Lopussa oleva kuva havainnollistaa potilaan valmiin, oikeanlaisen selkäasennon. Kansion kuvauksissa käytimme apuna kuvaussuunnitelmaa. (kts. Liite 2)

4.3 Opinnäytetyön vaiheet

Työmme toteutus alkoi elokuussa 2009, kun valitsimme meitä kiinnostavan aiheen aihevalintaseminaarissa. Suurin osa aiheista tuli Pirkanmaan Sairaanhoidopiirin ja silloisen Pirkanmaan Ammattikorkeakoulun sateenvarjohankkeesta. Kiinnostavia aiheita oli monia, mutta tulevana perioperatiivisina sairaanhoitajina koimme tämän aiheen hyödylliseksi. Leikkausasennon rakentaminen on oleellinen osa jokaista leikkausta.

Kun olimme valinneet opinnäytetyömme aiheen, otimme yhteyttä osastoon syksyllä 2009 ja sovimme työelämäpalaveri-tapaamisen. Siellä opinnäytetyön aihe selkeytyi. Palaverissa läsnä meidän lisäksi olivat osastonhoitaja, opetushoitaja sekä ohjaava opettajamme. Tällöin sovimme tekemämme ohjekansion leikkausasennoista. Myöhemmin aihe tarkentui vain yhteen leikkausasentoon, eli selkäasentoon turvallisuuden näkökulmaa korostaen.

Lähetimme lupahakemuksen sairaanhoitopiirille ja luvan saimme helmikuun puolessa välissä 2010.

Opinnäytetyöseminaarit pitivät meidät aikataulussa. Syyskuun 2009 puolessa välissä oli ideaseminaari. Siellä kerroimme työmme aiheen ja taustaa. Tässä vaiheessa aloimme tutkiskella lähdemateriaaleja. Tammikuussa 2010 oli suunnitelmaseminari. Silloin meillä oli jo selvillä opinnäytetyömme tarkoitus, tavoite, tehtävät ja teoreettinen lähtökohta.

Toinen työelämätapaaminen oli tammikuussa 2010. Siellä teimme tarkentavia kysymyksiä ja sovimme, koska menemme seuraamaan suun ja kaulan alueen tuumorileikkauksen alkuvalmisteluja. Kävimme seuraamassa tuumorileikkausta 12.1.2010 ja 11.5.2010. Seurasimme leikkauksen alkuvalmisteluja ja potilaan laittoa leikkausasettoon. Erityistä huomiota kiinnitimme leikkausasetton laitossa käytettäviin apuvälineisiin. Tästä oli apua ohjekansion tekemisessä, jotta tiesimme mitä apuvälineitä meillä olisi kuvauksissa käytössä.

Toukokuussa 2010 oli käsikirjoitusseminari. Siellä kerroimme missä vaiheessa työmme oli. Saimme palautetta opponenteilta ja ohjaavalta opettajalta. Työmme oli melko hyvässä vaiheessa, kunhan vain kesällä jaksaisimme tehdä töitä opinnäytetyön eteen. Kesällä 2010 teimme teoriaosaa kesätöiden ohella. Olisimme voineet olla hieman ahkerampia, jotta syksyn työmäärä olisi jäänyt pienemmäksi. Syksyllä 2010 teimme teoriaosan valmiiksi ja kuvasimme tuotoksena syntyvän ohjekansion. Kuvaus sujui hyvin ja järjestelmällisesti. Olimme tehneet hyvän kuvaussuunnitelman ennen sovittua kuvausaikaa. Osaston henkilökunta auttoi meitä kuvauksessa. Ohjekansion tekeminen oli mielenkiintoista, koska näimme kuvin, mitä olimme teoriaosassa käsitelleet. Olimme tyytyväisiä ottamiimme valokuviin. Ohjekansion kuvaamisen jälkeen oli helpottunut olo, koska työmme alkoi olla hiomista vaille valmis.

Osaston henkilökunta suhtautui meihin kaikissa työmme vaiheissa positiivisesti ja auttavaisesti. Työmme monissa eri vaiheissa ja vaikeuksissa meitä auttoi opinnäytetyöohjaaja. Opinnäytetyö ohjauksissa kävimme säännöllisesti. Ohjekansion kuvasi Harri Luojus järjestelmäkamerallaan. Kuvauksessa saimme suuren avun osaston henkilökunnalta. Opinnäytetyöstä aiheutuvat kulut hoidimme itse. Toteutimme opinnäytetyön yhteisesti sovittuina aikoina

lukujärjestysten ja omien menojemme mukaan. Muun muassa pitkät harjoittelujaksot verottivat aikaa opinnäytetyön tekemiseltä.

5 PÄÄTÄNTÄ

5.1 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä ohjekansio turvallisen selkäasennon rakentamisesta pitkäkestoisissa suun ja kaulan alueen tuumorileikkauksissa. Kansiota on apua sekä uusille, että vanhoille työntekijöille, opiskelijoille ja kaikille leikkausasennon rakentamiseen osallistuville. Kansiota henkilökunta osaa huomioida mahdolliset komplikaatioiden vaarat ja niitä välttämällä rakentaa oikean leikkausasennon. Halusimme kansioistamme mahdollisimman selkeän ja helppolukuisen. Emme halunneet kansioon liikaa tekstiä, vaan kerroimme kuvien pääkohdat lyhyesti ja ytimekkäästi. Valitsimme ohjekansion väriksi rauhallisen ja hillityn harmaan. Tuotoksen kannesta selviää heti työn aihe ja kenelle se on tarkoitettu. Kansi on selkeä ja helposti luettava ison fontin ansiosta. Myös sisäsivujen fontin koko on tarpeeksi iso. Kuvat lisäävät ohjekansiomme ymmärrettävyyttä.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut ajoittain puuduttavaa ja raskasta, mutta myös palkitsevaa. Yllätyimme siitä, kuinka paljon työtunteja opinnäytetyön tekeminen vaati. Sen tekemiseen kului reilu vuosi. Työn tekeminen olisi pitänyt aikatauluttaa paremmin heti alusta lähtien. Näin olisimme välttyneet kiireeltä työn loppuvaiheessa. Olemme tehneet työn yhdessä jakamatta työn vaiheita toisillemme, mikä on ollut välillä vaikeaa molempien aikataulujen yhteensovittamisen takia. Ajattelimme, että työstä tulee yhdenmukainen kun se tehdään kokonaan yhdessä.

Opimme paljon opinnäytetyöprosessista. Olemme kehittyneet virallisen kirjoituskielen- ja muodon kirjoittajiksi. Olemme oppineet etsimään tietoa eri lähteistä ja löytäneet työhömmme oleelliset tiedot. Uskomme, että opinnäytetyöstämme on hyötyä leikkausosaston henkilökunnalle ja opiskelijoille. Hyödyimme varmasti työstämme itsekin tulevana perioperatiivisina sairaanhoitajina. Olemme oppineet ymmärtämään kuinka suuri merkitys turvallisella leikkausasennolla on. Komplikaatiot voivat hidastaa potilaan toipumista isosta leikkauksesta. Perioperatiivisen sairaanhoitajan tulee hallita turvallisen leikkausasennon rakentaminen ja tietää kuinka mahdollisia komplikaatioita voidaan ehkäistä.

5.2 Eettiset ja luotettavuuskysymykset

Kaikkien tutkimusten, myös opinnäytetöiden tehtävänä on tuottaa tietoa ympäröivästä maailmasta. Opinnäytetyön tulisi olla työelämälähtöinen, käytännönläheinen, tutkimuksellisella asenteella toteutettu ja osoittaa riittävällä tasolla alan tietojen ja taitojen hallintaa. Mielestämme opinnäytetyömme täyttää nämä kriteerit. (Vilkkä 2004, 10.)

Opinnäytetyön tekijöiden pitää pyrkiä toimissaan rehellisyyteen, todenmukaisuuteen sekä omaan ajatteluun. Aihetta ja sitä koskevaa tietoa pitää tarkastella objektiivisesti. Sisällytimme omaa ajatteluamme luotettavista lähteistä saatuun tietoon. Opinnäytetyön tekeminen vaatii erilaisia eettisiä ratkaisuja ja valintoja. Lakien ja eettisten normien tunteminen auttaa valintojen tekemisessä. Tutkimusetiikkaan kuuluu eettisten periaatteiden, normien, arvojen ja hyveiden noudattaminen. Opinnäytetyön tekijät vastaavat aina itse tehdyistä eettisistä valinnoista ja ratkaisuista. (Hakala 1998, 141; Kuula, A. 2006, 21,23.)

Opinnäytetyössä ensisijaisena tavoitteena ei ole julkaisun aikaansaaminen, vaan opintojen edellyttämän kypsän kriittisyyden osoittaminen. Eettisyyttä tutkimuksessa on myös tutkijan itsensä kehittäminen. Tutkijan tulee hakea neuvoja ja ohjausta ja asettua alttiiksi kritiikille. Opinnäytetyötämme tehdessä kävimme säännöllisesti ohjauksessa ohjaavan opettajamme Heidi Kassaran luona saadaksemme palautetta työstämme. (Teirilä & Jyväsjärvi 2001, 16.)

Työhömme oli vaikea löytää tuoreita suomenkielisiä lähteitä. Vieraskielisiä lähteitä oli saatavilla melko hyvin, mutta osa niistäkin oli vanhoja. Jouduimme siis käyttämään vanhojakin lähteitä, mutta suhtauduimme kriittisesti niiden sisältöön. Lähteet vanhenevat nopeasti, koska hoitotyö on nopeasti kehittyvä ala. Internet-lähteitä käytimme todella vähän, sillä luotimme enemmän painettuun tietoon. Tutkimusetiikalle tyypillisimpiä ongelmia ovat toisen tekstin väärentäminen ja suora plagiointi. (Kuula 2006, 29-30.) Työssämme pyrimme välttämään epäilyt väärentämisestä ja plagioinnista asianmukaisella lähdeluettelolla ja merkitsimme lähdeviitteet tarkasti. Niiden avulla jokaisella on mahdollisuus tarkistaa tiedon alkuperä.

5.3 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Keskityimme opinnäytetyössämme vain yhteen leikkausasentoon. Yritimme etsiä tuoreita tutkimuksia leikkausasennoista ja asennosta aiheutuvista komplikaatioista. Niitä oli kuitenkin vaikea löytää. Luulemme, että sellaisille tutkimuksille olisi tarvetta hoitotyössä. Jatkossa myös muita leikkausasettoja voitaisiin tarkastella turvallisuusnäkökulmasta.

Toivomme, että työmme motivoisi henkilökuntaa ja tulevia ammattilaisia, eli hoitotyön opiskelijoita, suunnittelemaan, toteuttamaan ja kehittämään turvallisia leikkausasettoja. Huomasimme ohjekansiota kuvatessamme ja itse potilasta esittäen, että leikkausasento voi olla potilaalle epämukava. Tulevina perioperatiivisina hoitajina oli hyödyllistä kokeilla itse leikkausasennossa olemista. Tämä voisi olla hyödyllistä kaikille, jotka osallistuvat potilaan leikkausasennon laittoon. Tällöin on helpompi kuvitella miltä potilaasta tuntuu ja millaisilla muutoksilla potilaan asentoa voidaan parantaa.

LÄHTEET

- Aho-Konttinen, A. & Haavisto, S. 2006. Leikkausasennot ja potilasturvallisuus. *Spirium* 41:21-23.
- Apollo-staattinen patja. ICF Group Oy. Luettu 23.8.2010. <http://www.icf.fi/group/painehaava.php>
- Bjällie, J., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Q. & Toverud, K. 2007. Ihminen fysiologia ja anatomia. Helsinki: WSOY.
- Eskola, K. & Hytönen, E. 2008. Nainen hoitotyön asiakkaana. Helsinki: WSOY.
- Fairchild, S. 1996. Perioperative nursing principles and practice. Boston, New York, Toronto, London: Little, Brown & Company.
- Groah, L., 1996. Perioperative nursing. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange.
- Hakala, J., 1998. Opinnäytetyö luovasti. Kehittämisen- ja tutkimustyön opas. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Hankela, S. 1999. Intraoperatiivinen hoitotyö. Empiiriseen aineistoon perustuva aineiston kehittäminen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Hannuksela, M., Karvonen, J., Reunala, T. & Suhonen, R. 2003. Ihotaudit. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2002. Haava. Helsinki: WSOY.
- Hietanen, J., Hiltunen, R. & Hirn, H. 2005. Silmähoidon käsikirja. Helsinki: WSOY.
- Hyytinen, M., Mustajoki, P., Partanen, R. & Sinisalo-Ojala, L. 2009. Ravitsemushoito opas. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Inditherm-lämpöpatja. Inditherm PLC. Luettu 23.8.2010. <http://www.inditherm.co.uk/default.asp>
- Joensuu, H., Roberts, P., Teppo, L. & Tenhunen, M. 2006. Syöpätaudit. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Kangasniemi, M. 2010. Potilasturvallisuutta ennen kaikkea – vai kaikesta huolimatta? *Sairaanhoitaja*. 83: 40-41.
- Karma, P., Nuutinen, J., Puhakka, H., Vilkmann, E., Virolainen, E., Ylikoski, J. & Ramsay, H. 1999. Korva-, nenä- ja kurkkutaudit sekä foniatrian perusteet. Helsinki: Yliopistopaino.
- Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Sairaanhoitajaliiton julkaisu. Suomen sairaanhoitaja liitto ry. Helsinki.

- Korte, R., Rajamäki, A., Lukkari, L., & Kallio, A. 2000. Perioperatiivinen hoito. Helsinki: WSOY.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Laine, A., Ruishalme, O., Salervo, P., Siven T. & Välimäki, P. 2002 Opi ja ohjaa sosiaali ja terveysalalla. Helsinki: WSOY.
- Lehto, R. 2010. Leikkausasennot. Spirium 45:4-7.
- Lohm, Y. & Saarinen, E. 2001. Hoitotyön koulutusohjelma. Neurokirurgiset leikkausasennot- ohjekansio neurokirurgiselle leikkausosastolle. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Mikkonen, R., 1994. Potilas leikkaushoidossa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu tutkielma.
- Naukkarinen, H., 1999. Potilaiden arviot turvallisuuden tunteestaan ensiapupoliklinikalla. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tutkielma.
- Panelius, M., Varisto, H. 1995. Perioperatiivisen hoito-opin perusteet. Helsinki: WSOY.
- Rautiainen, P., 2003. Oikea leikkausasento ehkäisee komplikaatiot. Pinsetti 4/03: 13.
- Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. 2010. Kirurgia. Helsinki: WSOY.
- Shield, L., Werder, H. 2002. Perioperative Nursing. Cambridge: Cambridge university press.
- Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Tamminen-Peter, L. & Wickström, G., 1998. Potilassiirrot, taitava avustaja aktivoi ja auttaa. Helsinki. Työterveyslaitos.
- Teirilä, M. & Jyväskylä, E. 2001. Tutkielmantekijän työkirja. Vantaa: Tummavuoren Kirjapaino Oy.
- Ukkola, V., Ahonen, J., Alanko, A., Lehtonen, T. & Suominen, S. 2001. Kirurgia. Helsinki: WSOY.

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

LIITTEET

TAULUKKO 1. Aiheeseen liittyvät tutkimukset

LIITE 1

Sukunimi (vuosi) Työn nimi Työn laatu	Työn tarkoitus, tehtävät/ongelmat, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Hankela (1994) Intraoperatiivinen hoitotyö leikkauspotilaiden kokemana Lisensiaatintutkimus	Tarkoituksena kuvata, minkälaisia odotuksia ja kokemuksia leikkauspotilailla liittyy intraoperatiiviseen hoitotyöhön.	Tutkimus pohjautuu fenomenologis- hermeneuttiseen tutkimustraditioon. N=20. Haastattelu ennen leikkausta, ja sen jälkeen lonkan tekonivelleikkaus- potilaille. Analysoinnin lähtökohtana on teema- ja mallianalyysi.	Leikkaustapahtuma merkitsi potilaille toisaalta epävarmutta, toisaalta mahdollisuutta. Potilaiden leikkauksen aikainen selviytyminen perustuu turvallisuuden ja turvattomuuden tunteisiin.
Lohm & Saarinen (2001) Neurokirurgiset leikkausasennot- ohjekansio neurokirurgiselle leikkausosastolle.	Tarkoituksena kuvata leikkausasentojen rakentamista neurokirurgisella leikkausosastolla, turvallisuuden, yksilöllisyyden ja vastuullisuuden periaatteita toteuttaen.	Projektityö, jonka aineisto kerättiin kirjallisuudesta ja aikaisemmista tutkimuksista. Työn tuloksena syntyi ohjekansio kirjallisena sekä CD-rom muotoisena.	Laadullisen leikkausasennon rakentamisen edellytykset ovat huolellinen etukäteissuunnittelu, asianmukaiset välineet sekä perioperatiivisen hoitajan vastuullinen toiminta potilaan yksilöllisyyden ja turvallisuuden takaamiseksi.
Mikkonen (1994) Potilas leikkaushoidossa Pro-gradu tutkielma	Tarkoituksena kuvata potilaan kulkua leikkaus-hoidossa. Tavoitteena saada tietoa siitä, mitä potilaat odottavat leikkaushoidolta, mitä he kokevat leikkaushoidon aikana, minkälainen potilaan kulku on tutkijan havain- noimana intraope- ratiivisessa hoidossa, miten potilaiden odotukset toteutuivat ja miten he arvioivat leikkaushoitoa.	Kvalitatiivinen tutkimus. N= 30. Aineisto kerättiin Satakunnan keskussairaalassa 29.3.-21.6.1993 haastattelemalla ja havainnoimalla. Sisällön analyysimenetelmä.	Potilaiden odotukset toteutuivat 90%:lla potilaista joko kokonaan tai osittain. Hoitotyötä tulisi kehittää etenkin vuorovaikutustaitojen hoidon jatkuvuuden ja turvallisen hoidon takaamisen osalta.

<p>Naukkarinen (1999) Potilaiden arvot turvallisuuden tunteestaan ensiapupoliklinikalla Tutkielma</p>	<p>Tarkoituksena kuvata ja selittää ensiapupoliklinikan potilaiden kokemaa turvallisuuden tunnetta sekä siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimusongelmat: 1.Minkälainen käsitys ensiapupoliklinikka-potilailla on turvallisuudestaan? 2.Mitkä tekijät lisäävät tai vähentävät ensiapupoliklinikka-potilaiden turvallisuutta?</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus. N=164 Aineisto kerättiin Kuopion yliopistollisen sairaalan ensiapupoliklinikalla strukturoidulla kyselyllä yli 15-vuotiailta. Aineisto analysoitu SPSS/Windows-tilasto-ohjelmalla.</p>	<p>Ensiapupoliklinikan potilaista 72% tunsi olonsa turvalliseksi. Henkilökunnan tulisi pyrkiä tunnistamaan ensiapupoliklinikapotilaiden erilaiset hoitotyön tarpeet, joihin vastaamalla voidaan lisätä potilaiden turvallisuutta ensiapupoliklinikalla.</p>
---	--	--	---

Kuvaussuunnitelma syksyille 2010

Selkäasento

Kuva 1

Kuva, jossa näkyy selkäasennon rakentamiseen tarvittavat välineet ja leikkaustaso

Kuva 2

Kuva Apollo- ja lämpöpatjasta

Kuva 3

Jalkatyynyn asettaminen

Kuva 4

Käsi käsitelineellä

Kuva 5

Sormien asento

Kuva 6

Käsitelineiden pehmusteet

Kuva 7

Käsi Eerolan kourulla

Kuva 8

Käsien asennot kahdessa isossa kuvassa

Kuva 9

Jalkojen asento

Kuva 10

Pään asento ja pehmustetyyny

Kuva 11

Valmis selkäasento



OSA 2

Tuotos

Luojaus Hanna

Niemi Emmi

Opinnäytetyö
Lokakuu 2010
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu