

Jenna Ylikoski

HOITAJIEN NÄKEMYKSIÄ AKUUTTIHOITOKOULUTUKSESTA
JA TÄYDENNYSKOULUTUKSESTA SISÄTAUTIOSASTOILLA

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2012

HOITAJIEN NÄKEMYKSIÄ AKUUTTIHOITOKOULUTUKSESTA JA TÄYDENNYSKOULUTUKSESTA SISÄTAUTIOSASTOILLA

Ylikoski Jenna
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Toukokuu 2012
Ohjaaja: Kurittu Kristiina
Sivumäärä: 42
Liitteitä: 3

Asiasanat: akuuttihoito, täydennyskoulutus

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Satakunnan keskussairaalan sisätautiosastojen hoitajien näkemyksiä akuuttihoitokoulutuksesta ja täydennyskoulutustarpeesta. Hoitajalla tarkoitetaan sisätautiosastojen sairaan-, lähi- ja perushoitajia. Tavoitteena oli antaa Satakunnan keskussairaalan sisätautiosastojen henkilökunnalle tietoa, jota he voivat hyödyntää akuuttihoitokoulutuksen ja täydennyskoulutuksen kehittämisessä. Lisäksi akuuttihoitovastaavat saivat palautetta siitä, miten koulutuksessa onnistuttiin.

Opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineistonkeruun menetelmänä käytettiin kyselylomaketta. Satakunnan keskussairaalaan toimitettiin 50 kyselylomaketta, joista palautui 34. Vastausprosentti oli 68. Kyselylomake koostui monivalintakysymyksistä ja avoimista kysymyksistä. Monivalintakysymykset analysoitiin tilastollisesti. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällön erittelyllä. Opinnäytetyöhön lisättiin myös vastaajien suoria lainauksia.

Tulosten perusteella akuuttihoitokoulutukseen oltiin suurelta osin tyytyväisiä. Suurin toive oli, että koulutuksia järjestettäisiin useammin ja että ne sisältäisivät enemmän käytännön harjoituksia. Kehittämisideoita tuli myös välineiden, tilan ja ajankäytön osalta. Vastaajat toivoivat koulutukseen uusia, ehjiä ja osastojen kanssa samanlaisia välineitä, enemmän tilaa ja aikaa harjoitella asioita käytännössä. Teoriaosioihin oltiin varsin tyytyväisiä. Kaikki vastaajat olivat motivoituneita osallistumaan täydennyskoulutuksiin. Eniten täydennyskoulutusta haluttiin elvytettävän potilaan hoidosta. Koulutuksen toivottiin olevan myös samanlainen kaikille osallistujille, koulutuksen pitäjämästä riippumatta.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää seuraavaa akuuttihoitokoulutusta järjestettäessä. Jatkotutkimuksena voisi olla akuuttihoitokoulutukseen osallistuvien hoitajien tietojen ja taitojen testaus eri vaiheissa. Interventiotutkimuksella selvittäisiin lähtötietoja ennen koulutusta, tietoja heti akuuttihoitokoulutuksen jälkeen sekä tietyn ajan kuluttua koulutuksesta. Näin saataisiin selvyys hoitajien lähtötasosta sekä koulutuksen hyödyistä hoitajien tiedoille ja taidoille.

THE VIEWS OF NURSES FROM INTERNAL MEDICINE WARDS ABOUT ACUTE TREATMENT EDUCATION AND SUPPLEMENTAL EDUCATION

Ylikoski Jenna

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

May 2012

Supervisor: Kurittu Kristiina

Pages: 42

Appendixes: 3

Keywords: Acute treatment, supplemental education

The purpose of thesis was to find out views of nurses from internal medicine wards about acute treatment education in the central hospital of Satakunta. There was also found out need of supplemental education for nurses. In this theses nurse means nurses and practical nurses. The aim of this thesis was to give information to the staff of the central hospital of Satakunta, what they could exploit in developing of acute treatment education. There was also found out how acute treatment respondents succeeded in education.

There was used quantitative research method in the theses. The material was collected by questionnaire. 50 questionnaires were delivered to the central hospital of Satakunta and got back 34 pieces. Response rate was 68 percent. There were both multiple choice questions and open questions in the questionnaire. The multiple choice questions were analyzed by using statistical methods. The open questions were analyzed by the contents, I also added straight quotations to my thesis.

On the grounds of results answerers were mostly satisfied with acute treatment education. The biggest hope was that this sort of educations will be arranged more often and there would be more practices. There was also found the ideas of develop in equipments, space and time. Answerers hoped for new, whole and similar instruments with wards, more space and time to practice. They were a pretty satisfied with parts of theory. Every answerer was motivated to participate in supplemental education. The biggest need of supplemental education was experienced to be the treatment of resurrected patient. There were also wished that the education would be similar to everyone regardless of educator.

The results of thesis can be used in arranging of next acute treatment education. Follow-up research could be that the knowledge and abilities were tested in different stages of research from participants of acute treatment education. With intervention research will be found out starting knowledge before education, immediately after the education and certain time after the education. Consequently will be got clarity of the starting level of nurses, and the benefits of education to knowledge and abilities of nurses.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	AKUUTTIHOITOKOULUTUS JA SEN SISÄLTÖALUEET	6
2.1	Elvytetyn potilaan hoitotyö.....	6
2.1.1	Painelu-puhalluselvytys	7
2.1.2	Defibrillaatio	8
2.1.3	Lapsen elvytys.....	9
2.1.4	Elvytetyn jatkohoito	10
2.1.5	Elvytyksen lopettaminen	10
2.2	Akuutin hengitysvajauspotilaan hoitotyö	12
2.2.1	Eriasteiset hengitysvajaudet	12
2.2.2	Akuutin hengitysvajauden syyt	13
2.3	Sepsispotilaan hoitotyö	18
2.4	Hypoglykemiapotilaan hoitotyö	19
2.5	Hoitajan täydennyskoulutus.....	20
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT	22
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	22
4.1	Tutkimusmenetelmä.....	22
4.2	Kohderyhmä ja tutkimusaineiston keruu	23
4.3	Tutkimusaineiston analysointi	24
5	TUTKIMUSTULOKSET.....	25
5.1	Vastaajien taustatiedot	25
5.2	Näkemykset akuuttihoitokoulutuksesta ja kehittämisideat.....	26
5.3	Täydennyskoulutustarpeet	33
6	POHDINTA.....	35
6.1	Tulosten pohdinta	35
6.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	37
6.3	Johtopäätökset.....	39
6.4	Jatkotutkimusaiheet	39
	LÄHTEET.....	40
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Sairaanhoitajalla on oltava riittävät valmiudet toimia akuuttitilanteissa. Näitä valmiuksia harjoitellaan jo opiskeluaikana, lisäksi erilaiset koulutukset sekä käytännön tilanteet opettavat akuuttitilanteissa toimimista. On tärkeää kehittää henkilökunnan ammattitaitoa ja osaamista, koska hyvä ammattitaito on edellytys hyvälle työssä suoriutumislle ja laadukkaille hoitotuloksille. (Timonen 2007, 21.)

Olin harjoittelussa Satakunnan keskussairaalan sisätautien osastolla ja keskustelin osastonhoitajan kanssa opinnäytetyön aiheista. Osastonhoitaja kertoi akuuttihoitokoulutuksesta ja siitä että se voisi sopia opinnäytetyön aiheeksi. Satakunnan keskussairaalan sisätautiosastoilla oli aloitettu keväällä 2011 akuuttihoitokoulutus, ja järjestäjät halusivat saada palautetta koulutuksesta ja mahdollisista kehittämisideoista. Olen todella kiinnostunut akuuttihoitotyöstä, joten aihe oli mieluinen. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Satakunnan keskussairaalan hoitajien näkemyksiä akuuttihoitokoulutuksesta ja täydennyskoulutustarpeesta sisätautiosastoilla.

Opinnäytetyön teoriaosassa käsitellään akuuttihoitokoulutuksen neljää osa-aluetta, joista ensimmäinen on peruselvytys ja defibrillaation käyttö. Tämän osa-alueen erikoisosaamisesta vastaavat osasto M4:n akuuttihoitovastaavat. Toinen koulutuksen osa-alue on akuutti hengitysvajaus, josta vastuu on osasto M3:n akuuttihoitovastaavilla. Kolmas osa-alue on sepsis, tästä osa-alueesta vastuussa ovat osasto A6:n akuuttihoitovastaavat. Neljäs osa-alue on hypoglykemia, josta vastaavat osasto A5:n akuuttihoitovastaavat. Nämä osa-alueet kuvaavat kyseisten sisätautiosastojen erikoisosaamista.

Yksi opinnäytetyön asiasana on myös täydennyskoulutus. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559) määrittelee työnantajan velvollisuudeksi järjestää täydennyskoulutusta. Sairaanhoitaja on myös itse lain mukaan velvollinen huolehtimaan siitä, että hänen oma ammattitaitonsa on ajan tasalla.

2 AKUUTTIHOITOKOULUTUS JA SEN SISÄLTÖALUEET

Akuuttihoitokoulutusta alettiin suunnitella syksyllä 2010. Päätös koulutuksen järjestämisestä lähti osastojen yhteisestä tarpeesta. Osastoilla oli havaittu, että tällaiselle koulutukselle olisi tarvetta. Samoihin aikoihin osastoilla oli alettu kouluttaa akuuttihoitovastaavia, joka sekin lähti osastonhoitajien toiveesta. Jokaiselta osastolta kaksi työntekijää lähti mukaan akuuttihoitovastaavien koulutukseen. Akuuttihoitovastaavat saivat siis erillisen koulutuksen. Akuuttihoitovastaavien saamaa koulutusta haluttiin hyödyntää, jolloin päätettiin, että akuuttihoitovastaavat alkavat pitää akuuttihoitokoulutusta osastojen muille työntekijöille. Akuuttihoitokoulutus aloitettiin Satakunnan keskussairaalan sisätautiosastoilla keväällä 2011. Koulutuksen sisältöalueiksi valittiin peruselvytys/defibrillointi, akuutihengitysvajaus/C-PAP, akuutti sepsis ja hypoglykemia, sillä näissä osa-alueissa koettiin olevan tarvetta koulutukseen ja ne sopivat hyvin akuuttikoulutuksen osa-alueiksi. Akuuttihoitokoulutusta pidettiin vuonna 2011 viikoilla 2-12 joka tiistai kello 12–14 ja jokaiseen koulutukseen osallistui viisi työntekijää, yksi hoitaja jokaiselta sisätautiosastolta (M3, M4, A5, A6 ja dialyysi). Akuuttihoitokoulutusta piti aina yhden osaston kaksi akuuttihoitovastaavaa.

2.1 Elvytetyn potilaan hoitotyö

Elvytystoimet on jaettavissa perus- ja hoitoelvytykseen. Peruselvytykseen kuuluu painelu-puhalluselvytyksen lisäksi defibrilloiminen puoliautomaattisella, neuvovalla defibrillaattorilla. Kun käytössä on erikoisvälineet ja lääkkeet, kyseessä on hoitoelvytys. Lääkkeiden ja erityisvälineiden käyttö edellyttää aina erityiskoulutusta ja toiminnasta vastaavan lääkärin toteamaa todellista pätevyyttä. Elvytys tulee voida aloittaa niin ajoissa, ettei pysyvä hermosoluvaurio ehdi syntyä. Sekä eritasoisen toiminnan alkamisen nopeus että laatu ratkaisevat sydänpysähdyspotilaan ennusteen. (Castrén, Kinnunen, Paakkonen, Pousi, Seppälä & Väisänen 2002, 281.)

Elvytyksen tarkoituksena on käynnistää pysähtynyt sydän potilaalla, jota uhkaa ennen aikainen kuolema ja jonka sydänpysähdys on hoidettavissa. Painelu-

puhallus-elvytyksellä voidaan pitää aivojen verenkiertoa yllä keinotekoisesti, vaikka sydän ei kykenisi pumppaamaan verta. Kun potilas ei herää eikä hengitä normaalisti, on aloitettava välittömästi painelu-puhalluselvytys. Elvytyspäättökseen tekemiseen on käytettävissä enintään kymmenen sekuntia. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Elvytysneuvoston, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Punaisen Ristin asettama työryhmä 2011.)

2.1.1 Painelu-puhalluselvytys

Elottomuudella tarkoitetaan sitä, että potilas ei reagoi, kun häntä puhutellaan ja ravistellaan, hän ei hengitä normaalisti, eikä hänellä ole perfusoivaa verenkiertoa. Sykkeen tunnustelun lisäksi verenkierron merkkejä voi etsiä myös tarkkailemalla liikuttaako potilas itseään, räpytteleekö hän silmiään, yrittääkö hän vetää henkeä, nieleekö tai kakooko. Jos näitä merkkejä ei löydy, potilasta voidaan pitää elottomana. (Castrén, Aalto, Rantala, Sopanen & Westergård 2008, 267.)

Painelu-puhalluselvytys aloitetaan siten, että potilas käännetään selälleen ja potilaan hengitystiet avataan leuasta nostamalla ja päätä taaksepäin taivuttamalla. Jos potilaalla on suussa tekohampaat tai mahdollisesti oksennusta, ne on poistettava. Jotta kieli pysyisi poissa nielusta, asetetaan nieluun nieluputki. Maskia käytettäessä potilaan kasvoille asetetaan maski tiiviisti painamalla sitä etusormella ja peukalolla, muut sormet asetetaan pitkin leukaa. Optimaalinen kertahengitystilavuus, kun käytetään lisähapetta, on noin 600 ml, silloin rintakehä lähtee nousemaan ja sisäänhengitysaika on noin yksi sekunti. Jos kertatilavuus on suurempi, voi seurauksena olla ruokatorven avautumispaineen suureneminen ja ilman joutuminen mahalaukkuun, josta seuraa oksennusreaktio. Hengityspalkeessa on oltava varaajatila, johon hapetta johdetaan elvytyksen aikana 15 l/min. (Kuisma, Holmström & Porthan 2008, 200.)

Painelu-elvytys aloitetaan heti, kun on todettu, että potilas ei herää eikä hengitä. Painelupaikka on keskellä rintalastaa, hallitsevan käden tyvi asetetaan keskelle rintalastaa ja toinen käsi sen päälle. Painellessa käsivarret on pidettävä suorina, kyynärnivelt ojentettuina ja hartiat kohtisuoraan elvytettävän rintakehän yläpuolella. Sormet voivat olla joko ojentettuina tai lomittain koukistettuina, mutta sormien on oltava irti

rintakehästä, jotta voima kohdistuisi pelkästään rintalastaan, eikä kylkiluihin. Käsiä ei nosteta pois potilaan rintakehästä painelun aikana. Painelurytmi on 100 kertaa minuutissa. Rintalastaa painellaan 30 kertaa mäntämäisellä liikkeellä, siten että painanta kestää yhtä kauan kuin rintakehän palautumisvaihe. Täten saadaan aikaan rintaontelon sisällä tapahtuva paineenvaihtelu. Painelun syvyys on n. 4-5 cm, joka on kolmasosa rintakehän syvyydestä. Elvytyksen jaksotus on 30 painallusta kaksi puhallusta. Jokaisen 30 painalluksen jälkeen puhalletaan kaksi kertaa. Elvytystä jatketaan rytmillä 30:2. (Castrén ym. 2008, 270; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Elvytysneuvoston, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Punaisen Ristin asettama työryhmä 2011.)

2.1.2 Defibrillaatio

Peruselvytykseen kuuluva defibrillaatio, sähköinen lihasvärinän poistaminen, antaa entistä paremmat mahdollisuudet ihmisen pelastamiselle. Defibrillaation tavoitteena on lopettaa sydämen kammiovärinä ja palauttaa sydämen verta kierrättävä rytmi. Käytettäessä defibrillaattoria saadaan selville sydämen rytmi ja voidaan antaa tarvittavia sähköiskuja. Defibrillaattori neuvoo miten toimitaan ja miten sähköiskut ja painelu-puhalluselvytys jaksotetaan (painelu-puhalluselvytys yhdistettynä defibrillointiin = PPE+D). Jos potilaalla ei ole defibrilloitavaa rytmiä, eli sähköiskuja ei voida antaa, ohjaa laite tunnustelemaan potilaan sykettä ja neuvoo tarvittaessa painelu-puhalluselvytyksen aloittamisen. Potilaan elottomuuden aiheuttavat elvytystä vaativat rytmit ovat kammiovärinä (VF), sykkeetön kammiotakykardia (VT), asystolia (ASY) ja pulssiton rytmi (PEA). Defibrilloitavia rytmejä ovat kammiovärinä ja kammiotakykardia. Potilaan defibrillointi-iskujen energiamäärät tulevat defibrillaattorista ennakoasetusten mukaisesti. Puoliautomaattisessa defibrillaattorissa käytetään tavallisimmin liimaelektrodeja, joista toinen asetetaan potilaan oikean solisluun alapuolelle (sternum) rintalastan viereen ja toinen vasempaan kylkeen (apex) noin 10 cm kainalosta alaspäin. Defibrillaatiot annetaan yksi isku kerrallaan, joiden välissä on aina kahden minuutin PPE jakso. Monitoroidun potilaan mennessä kammiovärinään ja defibrillaatio on mahdollista toteuttaa heti, voidaan isku toistaa kolme kertaa ennen PPE-jakson aloittamista. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen

Elvytysneuvoston, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Punaisen Ristin asettama työryhmä 2011.)

2.1.3 Lapsen elvytys

Alle 16-vuotias määritellään Suomen terveydenhuollossa lapsipotilaaksi. Ensihoidossa ja hoitotyössä käytetään jakoa alle 1-vuotias, 1-7-vuotias ja murrosikäinen. Murrosikäistä elvytetään aikuisten tapaan. Ensihoidossa lasten sydänpysähdysten taustalla ovat kätkykuolema, ilmatieperäiset ongelmat, kuten hengitystieinfektio ja tukehtuminen, veden alle joutuminen ja vammat. Sairaalassa suurin syy sydänpysähdykselle on sydänsairaus. Lapsen elvytyksessä on erityisesti huomioitava lapsen koko välineitä käytettäessä ja elvytystä toteutettaessa. (Castrén ym. 2008, 280-281.)

Elottomuus tunnistetaan samalla tavalla kuten aikuisella, imeväisikäisellä sykeä tunnustellaan kuitenkin olkavarren sisäpuolelta tai nivusesta. Isommilta lapsilta syke tunnustellaan kaulalta. PPE:ssä painallusten ja puhallusten suhde on ammattihenkilöillä 15:2. Painelutaajuus on vähintään 100/min. Välineet valitaan lapsen koon mukaan. Puhalluksen kertatilavuus on riittävä, kun lapsen rintakehä juuri nousee. Imeväisillä painelupaikka on rintalastan alakolmannes, painelu toteutetaan kahdella tai kolmella sormella ja toinen käsi on lapsen selän alla. Painelusyvyys on 1/3 rintakehän leposyvyydestä. Yli yksivuotiailla painetaan yhden tai kahden käden kämmensyrjällä rintalastan alakolmanneksesta 1/3 rintakehän leposyvyydestä. (Kuisma ym. 2008, 216-217; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Elvytysneuvoston, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Punaisen Ristin asettama työryhmä 2011.)

Lapsen hengitysteitä avattaessa, pää käännetään varovasti ja ei kovin jyrkästi taakse, ettei kieli tuki hengitysteitä. Lapsen elvytys aloitetaan aina viidellä puhalluksella tai ventilaatiolla, minkä jälkeen paineluita ja puhalluksia/ventilaatioita jatketaan rytmillä 15:2. Lasta elvytetään noin minuutti, eli toistetaan kaksi kertaa 15:2, ennen kuin tehdään hätäilmoitus, jos paikalla ei ole tarpeeksi ihmisiä, että hälytys saataisiin tehtyä aikaisemmin. Lasten defibrilloitavat rytmit ovat myös kammiovärinä ja kammiota-

kykardia. Alle 1-vuotiaan defibrillointiin käytetään manuaalista defibrillaattoria, jonka energiamäärä on 4J/kg. Lasta, joka painaa yli 28kg voidaan defibrilloida puoliau-
tomaattisella laitteella. Pätsimiä on kahta kokoa, imeväisillä 4 cm:n ja isommilla
lapsilla 8 cm:n läpimittaiset pätsimet. Lasta defibrilloidaan rytmin mukaan kerran
aina kahden minuutin PPE:n jälkeen, iskun jälkeen jatketaan välittömästi PPE:tä
rytmiä analysoimatta. (Castrén ym. 2008, 280-281.)

2.1.4 Elvytetyn jatkohoito

Kun sydän saadaan käyntiin ja potilas virkooa elvytyksen seurauksena, on oikeanlai-
sesta jatkohoidosta huolehtiminen tärkeää. Jatkohoidon tavoitteina ovat riittävän ve-
renkierron ja kaasujen vaihdon turvaaminen, sydänpysähdyksen syyn määrittäminen,
sydäninfarkttilanteessa virtauksen aikaansaaminen. Neurologinen ennuste arvioi-
daan viimeistään 72 tunnin kuluttua tapahtumasta, jonka perusteella päätetään aktii-
vihoidosta. Ennen potilaan kotiutumista mietitään myös uuden sydänpysähdyksen
ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä. Sydämen toiminnan käynnistyttyä aikuispotilaalla,
tärkeintä on huolehtia riittävästä hengityksestä, happisaturaatiosta, verenpaineesta ja
kipulääkityksestä. Kapnometriä olisi hyvä käyttää, jotta potilas välttyisi hyperventi-
laatiolta. Verensokeria on myös seurattava hyperglykemian välttämiseksi. EKG re-
kisteröidään heti, kun mahdollista ja verikokeina otetaan PVK, K, Na, Krea, B-Gluk,
troponiini T, verikaasuanalyysi sekä thoraxkuva. Lisäksi hypotermiahoidon on tut-
kimuksissa todettu parantavan kammiovärinäpotilaiden ennustetta. (Suomalaisen
Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Elvytysneuvoston, Suomen Anestesiologiyhdis-
tyksen ja Suomen Punaisen Ristin asettama työryhmä 2011.)

2.1.5 Elvytyksen lopettaminen

Elvytys lopetetaan, jos potilas virkooa tai jos elvytyksen jatkaminen todetaan toivot-
tomaksi, jos spontaaniverenkiertoa ei saada aikaiseksi 20–30 minuutin tehokkaan
elvytyksen aikana. Elvytystä ei aloiteta, jos potilaalla on hoitotestamentti tai muu el-
vytystoimet kieltävä tahdonilmaus, jos sydänpysähdyksen alkamisajankohtaa tai kes-
toa ei tiedetä ja alkurytminä on asystole tai jos sydänpysähdys on trauman aiheutta-

ma ja alkurytminä on asystole eikä elvytyksestä ole hyötyä ja paikalla olevalta lääkäriltä tai lääkärin puhelinkonsultaatiossa on saatu lupa lopettaa elvytys. (Kuisma, Holmström, & Porthan 2008, 221-222.)

Päätös elvyttämättä jättämisestä (do not resuscitate, DNR-päätös) tarkoittaa sitä, että mahdollisen sydän- tai hengityspysähdyksen sattuessa vaikeasti sairasta potilasta ei elvytetä. Lääkäri tekee DNR-päätöksen ja se on lääketieteellinen hoitopäätös. Päätöksen tavoitteena on, että vaikeasti sairastunut potilas ei kärsisi enää enempää elvytys- tai tehohoitoimenpiteistä, sillä potilaan vaikeiden perussairauksien takia nämä toimet eivät enää pidennä potilaan elinikää. Ennen hoitopäätöksen tekemistä lääkäri keskustele potilaan kanssa ja potilaan suostuessa myös omaisten kanssa. Jos potilas ei kykene itse päättämään tai ilmaisemaan hoitotahtoaan, keskustellaan lähiomaisen tai muun läheisen kanssa, mitä potilas itse haluaisi. Päätös elvyttämättä jättämisestä kirjataan potilasasiakirjoihin siten, että siitä selviää päätöksen tekijä, lääketieteelliset perusteet ja potilaan tai läheisen kannanotto päätökseen, sekä lääkärin arvio siitä, että potilas ja/tai omaiset ovat ymmärtäneet asian. (Valviran www-sivut 2012.)

Säämänen (2004) tutki väitöstutkimuksessaan sairaanhoitajien elvytystietoja ja – taitoja ja taustamuuttujien yhteyttä näihin sekä tiedoissa ja taidoissa tapahtuvia muutoksia heti elvytyskoulutuksen jälkeen ja puolen vuoden kuluttua koulutuksesta. Tutkimus koostui kolmesta mittauksesta eli alkumittauksesta, joka tehtiin syksyllä 2000, elvytyskoulutuksen jälkeisestä mittauksesta (kevät 2001) ja seurantamittauksesta, joka tehtiin 6-11 kuukautta elvytyskoulutuksen jälkeen syksyllä 2001. Tutkimuksen kohderyhmänä oli TYKS:n kantasairaalan sisätautien klinikan sairaanhoitajat (N=106). Vertailuryhmänä toimi ryhmä sairaanhoitajia, jotka eivät osallistuneet elvytyskoulutukseen. Tutkimuksessa selvisi, että heikoiten sairaanhoitajat hallitsivat potilaan hengityksen ja verenkierron turvaamisen. Parhaiten osattiin defibrillointi. Tutkimuksen aikana elvytystiedot paranivat merkittävästi kaikilla elvytyksen osa-alueilla. Interventior ryhmän ja verrokkiryhmän välillä ei havaittu merkittäviä eroja elvytystietämyksessä. Sairaanhoitajien elvytystietoihin ja – taitoihin vaikuttivat taustamuuttujista eniten itsenäinen opiskelu sekä käytännön kokemukset elvytyksestä.

2.2 Akuutin hengitysvajauspotilaan hoitotyö

Akuutti hengitysvajaus tarkoittaa äkillistä tilannetta, jossa happeutumisen häiriö, hiilidioksidin kertyminen tai hengitystyön lisääntyminen aiheuttaa elimistön tasapainon häiriön, joka vaatii välitöntä hoitoa. Happeutumisen häiriöllä tarkoitetaan tilannetta, jossa happisaturaatio laskee alle 90 % tai happiosapaine laskee alle 8 kPa:n. Jos taas hiilidioksidia kertyy elimistöön liiallisesti, on seurauksena respiratorinen asidoosi (pH on alle 7,35). Hengitystyön lisääntyessä hengitystaajuus suurenee yli arvon 25/min. Akuutti hengitysvajaus ei ole itsessään sairaus vaan se liittyy keuhkoihin, keuhkoverenkiertoon, keskushermostoon, hengityslihaksiin ja rintakehään kohdistuviin sairauksiin. Hoitona on avoimen hengitystien varmistaminen, sisähengitysilman happipitoisuuden suurentaminen spontaanisti hengittävällä potilaalla, CPAP-naamarihoito. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistyksen asettama työryhmä 2006.)

2.2.1 Eriasteiset hengitysvajaudet

Hengitysvaikeus voidaan jakaa lievään, keskivaikeaan, vaikeaan ja kriittiseen hengitysvaikeuteen. Normaalisti aikuisen hengitystiheys on 12-20/minuutti, SpO₂ > 95 %, pulssi 40-90 ja verenpaine 130/85. Hengitystiheyden ollessa alle 25/minuutti, happisaturaation ollessa yli 90 % ja potilaan kyetessä puhumaan lauseita, kyseessä on lievä hengitysvaikeus. Tällöin potilas tuntee hengenahdistusta. (Suomalaisen lääkäri-seuran Duodecimin ja Anestesiologiyhdistyksen asettama työryhmä 2006, 3.)

Keskivaikeassa hengitysvaikeudessa hengitystiheys kohoaa 25-35/minuutti ja SpO₂ arvo on 80-90 %. Keskivaikeassa hengitysvaikeudessa potilas kykenee puhumaan lyhyitä, muutaman sanan lauseita. Potilas käyttää hengitystyössä voimakkaasti apulihaksia, on hikinen ja syketaso on usein korkea, yli 100/minuutti. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Anestesiologiyhdistyksen asettama työryhmä 2006, 3.)

Kun hengitystiheys määritellään vaikeaksi, on potilaan hengitystiheys yli 35 kertaa minuutissa ja happisaturaatio alle 80 %. Potilas ei kykene puhumaan sanoja, potilas

on usein kylmänhikinen ja apuhengityslihakset ovat voimakkaasti käytössä. Syketaso on myös usein korkea, kuten kohtalaisessa hengitysvaikeudessa. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Anestesiologiyhdistyksen asettama työryhmä 2006, 3.)

Kriittisessä hengitysvaikeudessa hengitystiheys on joko alle 10 tai yli 40 kertaa minuutissa ja SpO₂-arvo jää alle 70 %, tai se on jopa mittaamattomissa kehon ääreisosien verenkierron supistumisen takia. Vakavan hengitysvaikeuden näkee ja tuntee potilasta seuraamalla. Potilaan huulet, kynsipohjat ja jopa kasvat ovat syanoottiset. Potilas on kalpea, periferia on viileä ja potilas on levoton, sekava ja hänellä on tajunnan häiriöitä. Hengitys on haukkovaa tai pinnallista. Hengitysvaikeudesta kärsivän potilaan hoidossa tärkeintä on tukea potilas puoli-istuvaan asentoon ja aloittaa hapen antaminen riittävällä virtauksella. (Castrén ym. 2002, 359.)

2.2.2 Akuutin hengitysvajauden syyt

Hengitysvaikeuden taustasy on tärkeää selvittää, sillä yleisimpien hengitysvaikeuksien hoidot poikkeavat toisistaan ja väärä hoito voi jopa heikentää tilannetta. Tajuisaan oleva potilas kykenee kuitenkin usein nopeasti kertomaan onko hoidosta hyötyä. Hengitysvaikeuksien syiden yleisyys vaihtelee. Tupakoinnin lisääntyminen on kasvattanut COPD potilaiden määrää, lääkehoidolla on saatu vaikeat astmakohtaukset vähenemään ja väestön keski-ikä kasvaessa sydämen vajaatoiminta yleistyy, mutta sen hoito on myös kehittynyt, joka voi osaltaan vähentää vaikeiden tilanteiden esiintymistä. (Kuisma ym. 2008, 235.)

Sydämen vajaatoiminta

Sydämen vajaatoiminta ei ole itsessään sairaus, vaan se on oire jostakin sairaudesta. 90 % sydämen vajaatoiminnasta aiheutuu sepelvaltimotaudista, verenpainetaudista, läppäviasta tai niiden yhdistelmästä. Sydämen vajaatoiminta yleistyy väestön ikääntyessä ja potilaiden keski-ikäksi on arvioitu 74 vuotta. Sydämen vajaatoiminnan yleisyyden on arvioitu olevan jopa 2000/100000 asukasta. (Kuisma ym. 2008, 236.)

Kun sydämen vajaatoiminta kehittyy, sydämen koko kasvaa ja pumppauskyky huononee. Sydän ei kykene pumppaamaan verta riittävästi, vastaamaan elimistön tarvetta, vaikka kiertävä verimäärä on riittävä. Sydämen vajaatoiminta voi aiheutua joko systolista supistumista tai diastolista täyttymistä häiritsevistä sairauksista. Sydämen vajaatoiminta voi häiritä joko sydämen vasemman tai oikean puolen toimintaa, mutta pitkälle edenneessä vajaatoiminnassa sydämen molempien puolien toiminta on häiriintynyt. (Castrén ym. 2002, 364.)

Sydämen vajaatoiminta voidaan jakaa akuuttiin ja krooniseen vajaatoimintaan. Akuutti sydämen vajaatoiminta kehittyy nopeasti. Erikoissairaanhoidossa hoidettava akuutti sydämen vajaatoiminta kohtaus on hengenvaarallinen tila, joka vaatii äkillistä hoitoa. Krooninen vajaatoiminta puolestaan on pysyvä tila, jossa sydämen toiminta on heikentynyt. Kroonisen sydämen vajaatoiminnan tavallisimmat oireet ovat väsyminen rasituksessa, vasemman puolen vajaatoiminnan aiheuttama hengenahdistus, joka pahenee makuuasennossa, oikean puolen vajaatoiminnan aiheuttama alaraajojen turvotus. Sydäninfarkti, nopea rytmihäiriö, keuhkoveritulppa, infektiot, liiallinen sydänlääkitys, hoidon noudattamatta jättäminen, alkoholin väärinkäyttö tai anemia voi laukaista sydämen vajaatoiminnan pahenemisen. (Castrén ym. 2008, 298.)

Sydämen vajaatoimintaa sairastavalta potilaalta otetaan EKG, josta tutkitaan mahdolliset muutokset. Potilaalta mitataan verenpaine, syke ja happisaturaatio. Lisäksi otetaan thoraxkuva ja labrakokeita. Potilasta happeutetaan 35 % maskilla 8 l/min. Potilaalle asetetaan nesterajoitukseksi 2-2,5 litraa vuorokaudessa, sekä suolarajoituksia, jotta turvotukset vähenisivät. Potilaalle aloitetaan nesteenpoistolääkitys poistamaan nestettä kehosta ja vähentämään turvotusta. Lääkityksen aikana potilaan virtsamäärää seurataan virtsanmittauksella, nesteytys kirjataan nestelistaan sekä painoa seurataan. ACE:n estäjillä lasketaan kohonnutta verenpainetta, beetasalpaajilla sykettä. Nitraatteja ja ASA:aa käytetään silloin, kun potilaalla on perussairautena II-tyypin diabetes tai sepelvaltimotauti, ehkäisemään veren hyytymistä. (Castrén ym. 2008, 298-299.)

Keuhkoödeema

Keuhkoödeema eli keuhkopöhö on sairaus, jossa keuhkoihin kertyy nestettä. Keuhkoverisuoniston lisääntyvä paine ajaa nestettä aluksi keuhkovälikudokseen, jolloin

kyseessä on interstitiaalinen keuhkoödeema. Kun kudokseneste tunkeutuu keuhkorakkulaan, on seurauksena alveolaarinen keuhkopöhö, joka edellyttää aina oikeanlaista hoitoa ja nopeaa toimintaa. Keuhkoissa oleva neste johtaa heikentyneeseen kaasujen vaihtoon ja aiheuttaa hengityshäiriöitä. Hengenahdistus lisääntyy nopeasti, puhumisen vaikeutuu ja sydän pyrkii korjaamaan hypoksiaa lyömällä tiheämmin. Etenkin sisäänhengityksen loppuvaiheessa on keuhkoista kuultavissa kostea rahina. Keuhkopöhö voi aiheutua monista eri syistä, yleisin syy on sydänperäinen. Keuhkopöhön syy voi olla myös keuhkoperäinen esimerkiksi pneumonia. Myös neurogeeniset syyt keuhkopöhön aiheuttajina ovat mahdollisia esimerkiksi laajat aivoverenvuodot. Lääkeyliannostus voi myös johtaa keuhkopöhöön esimerkiksi heroiinin tai sydänlääkkeiden liikakäyttö. Hengitysteiden vierasesine, hukkuminen tai vaikea astmakohtaus ovat mahdollisia keuhkopöhön laukaisijoita. Keuhkopöhön oireita ovat muun muassa potilaan levottomuus, huulten sinerrys, kylmänhikisyys, verenpaineen muutokset, pöhörahinat, alaraajaturvotus, rytmihäiriö, kaulalaskimopaine on koholla sekä suusta voi tulla punertavaa vaahtoa. (Castrén ym. 2002, 365-366.)

Hengityspainehoito eli CPAP

Keuhkopöhöpotilaan hoidossa pyritään hoitamaan keuhkopöhön aiheuttajaa, korjaamaan hengitysvajaus ja vähentämään laskimopaluuta. Keuhkopöhöpotilaan hoidossa tärkeää on tukea potilas puoli-istuvaan asentoon. Potilaan rauhoittaminen on myös todella tärkeää, sillä potilas tuntee tukehtuvansa ja kuoleman pelko on todellinen. (Kuisma ym. 2008, 236-237.)

Yksi tärkeä osa keuhkopöhön hoitoa on hengityspainehoito. Hengityspainehoidon toteuttaminen on mahdollista missä vain, sillä sen toteuttamiseen tarvittavat erityisnaamari, virtauskehitin ja kannettava happipaineastia ovat helposti kuljetettavia. CPAP:n ideana on pitää keuhkoissa jatkuva positiivinen paine, kun potilas hengittää itse. Ylipainehengitys takaa pienen painenvaihtelun hengitysteissä, jolloin kasaan painuneet alveolit avautuvat ja nestettä puristuu pois keuhkorakkuloista, jolloin kaasujenvaihto paranee. CPAP-hoidon vaste on nopeasti havaittavissa, se vähentää potilaan hengitystyötä ja korjaa hypoksiaa merkittävästi jo muutamissa minuuteissa. Onnistuneen CPAP-hoidon seurauksena syketaaso pienenee, SpO₂ suurenee, iho kuivuu, potilas rauhoittuu ja hengitystaajuus pienenee. Keuhkopöhö potilaan verenpaineetasa

on myös hyvä alentaa dinit-suihkeella, systolisen paineen ollessa >100 mmHg. CPAP-hoito aloitetaan yleensä keskikokoisella PEEP-venttiilillä 7,5 cmH₂O. (Castrén ym. 2002, 366-369; Terveystieteen www-sivut.)

CPAP-hoitoa aloitettaessa potilasta on aina informoitava. Potilaalle on kerrottava hoidon tarkoitus ja toteutus. Hoidon aikana on vältettävä puhumista. Potilaalle kerrotaan, että hoidosta saatava hyöty on nopeasti havaittavissa. Potilaan kanssa on hyvä sopia jokin merkki, jonka potilas voi näyttää hoitajalle, jos potilaalle tulee esimerkiksi huono olo, tällöin hoitaja tietää, että hoito on lopetettava. Tajuttomuus ja yhteistyökyvyttömyys ovat aina este CPAP-hoidon toteuttamiselle. (Castrén ym. 2008, 121-123.)

COPD

COPD (Chronic obstructive pulmonary disease) eli keuhkohtaumatauti on keuhkoputkissa ja keuhkorakkuloissa esiintyvä krooninen sairaus. Keuhkohtaumatauti on maailman neljänneksi yleisin kuolemaan johtava sairaus. Suomessa keuhkohtaumataudin diagnoosin on saanut noin 200 000 potilasta. Suurin yksittäinen tekijä, mikä aiheuttaa COPD:tä on tupakointi. On arvioitu, että noin puolet tupakoijista sairastuu keuhkohtaumatautiin. Keuhkohtaumatautiin sairastuneista enemmän kuin yhdeksän kymmenestä on tupakoitsijoita. Sairaus kehittyy hitaasti, vuosien kuluessa, mutta sitä edeltää usein krooninen keuhkoputkentulehdus. Kun tauti etenee, se tuhoaa keuhkokudosta, joka vaikeuttaa hapensaantia ja heikentää toimintakykyä. (Hengityslähtöön www-sivut.)

Tärkeintä COPD:n hoidossa on mahdollisimman varhainen toteaminen, sillä tupakoinnin lopettaminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa parantaa taudin ennustetta. Keuhkohtaumataudin yleisimpiä oireita ovat yskä, limannousu, räsitus- hengenahdistus sekä vinkuva hengitys, mutta usein potilaat ovat lähes oireettomia, tai tottuneet oireisiinsa. Usein tauti ehtii edetä ennen diagnoosia jo niin pitkälle, että suurin osa keuhkojen toimintakyvystä on hävinnyt. Pitkälle edenneen keuhkohtaumataudin tunnistaa usein siitä, että potilaalla on hengenahdistusta pienessäkin rasituksessa sekä toistuvia hengitystieinfektioita, hengitystaajuus on myös suurentunut, apuhengityslihakset ovat käytössä ja potilaalla on merkkejä sydämen oikean puolen

vajaatoiminnasta. COPD:lle ei ole parantavaa hoitoa, mutta oireita voidaan lievittää lääkkeillä ja taudin etenemiseen voidaan vaikuttaa. Potilaalle kehittyy vähitellen vaikea hapenpuute ja hiilidioksiditaso nousee, jolloin ennuste heikkenee. Kaikkein tärkeintä on lopettaa tupakointi, se lisää potilaan hyvinvointia ja hidastaa taudin etenemistä. Keuhkohtaumatauti diagnosoidaan spirometriatutkimuksella, joka mittaa keuhkojen toimintaa. (Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Keuhkolääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä 2009.)

Astma

Astma on keuhkoputkien limakalvojen krooninen tulehduksellinen sairaus, se on yksi yleisimmistä kroonisista sairauksista ja on kokoajan lisääntymässä. Astman aiheuttaa virheellinen yliherkkä immuunivaste, joka aiheuttaa keuhkojen toiminnan häiriöitä ja keuhkoputkien lisääntynyttä supistumisherkkyyttä. Keuhkoputkiin muodostuu paksumaa limaa. Astman syntyyn vaikuttavat perinnöllinen alttius ja ympäristötekijät. Astman riskitekijöitä voivat olla allerginen nuha, äidin välttämismuokavalio, kodin lemmikkieläimet ja passiivinen tupakointi. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Keuhkolääkäriyhdistys ry:n, Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n ja Suomen Kliinisen Fysiologian Yhdistys ry:n asettama työryhmä 2006.)

Akuutista astmakohtauksesta kärsivä potilas istuu usein etukumarassa, käyttää hengittäessään apulihaksia, hyperventiloi ja puhuu vaivoin lauseita. Akuutissa astmakohtauksessa potilas autetaan istuma-asentoon, kiristävät vaatteet riisutaan, aloitetaan happetus ja avataan iv-suoniyhteys, sekä hänet kytketään monitoriseurantaan. Mitataan potilaalta parametrit (SpO₂, hengitystiheys, RR, syke, EKG, PEF, GCS ja ruumiinlämpö). Lääkityksenä annetaan keuhkoputkia avaava inhaloitava beetasympatomimeetti, kortikosteroidi, suonensisäisesti metyleeniprednisolonia tai hydrokortisonia, suun kautta prednisonia heti, kun potilas pystyy nielemään. Lisäksi annetaan tarvittaessa teofyllamiinia boluksena tai infuusiona, jos kohtausta ei laukea. Lisäksi on huolehdittava riittävästä nesteytyksestä. (Castrén ym. 2008, 308-309.)

Anafylaktinen reaktio

Anafylaktinen reaktio tarkoittaa äkillistä yliherkkyysoireita, useimmiten se alkaa siten, että käsiä ja huulia alkaa kutittaa ja kihelmöidä voimakkaasti. Nämä oireet leviävät nopeasti koko kehoon. Turvotusta esiintyy ympäri kehoa, mutta enimmäkseen huulissa ja silmäluomissa. Potilaalla on kuristava tunne kurkussa ja hengitys saattaa vinkua. Potilas voi pahoin, saattaa oksentaa ja ripuloida ja vatsa kramppaa. Ääritilanteissa myös verenpaine saattaa laskea ja potilaalla voi esiintyä rytmihäiriöitä. Anafylaktinen reaktio kehittyy äärimmilleen 10-30 minuutissa ja potilas on hengenvaarasaa. Useimmiten anafylaktinen reaktio johtuu ampiaisen ja mehiläisen myrkyistä tai ruoka-aineista. Useimmiten anafylaktinen reaktio on allerginen anafylaksia, mutta myös rasitus yhdessä flunssan, krapulan tai särkylääkkeen kanssa, voi aiheuttaa anafylaktisen reaktion. (Terveyskirjaston www-sivut 2011.)

Anafylaktisen reaktion hoito riippuu reaktion vaikeusasteesta. Tärkein ja nopeimmin vaikuttava lääke on adrenaliini (0,4-0,8 ml painon mukaan), jota annetaan lihakseen lievemmissä reaktioissa, vaikeissa reaktioissa suonensisäisesti (anafylaktisessa shockissa). Myös hydrokortisonia (250-500 mg) annetaan suonensisäisesti. Adrenaliinin annon jälkeen tarkkaillaan verenpainetta ja sydämentoimintaa. Potilas on monitoroituna. Happikyllästeisyyttä seurataan ja tarvittaessa annetaan lisähapetta happiviiksillä tai venturimaskilla. Verenpainetta seurataan ja paineen ollessa matala nesteytetään potilasta Ringerilla tai 0,9 % keittosuolaliuoksella. Tärkeintä on tehokas ensiapu, sillä sen seurauksena potilas voi olla 1-2 tunnin päästä oireeton. Kertakäyttöisen adrenaliiniruiskun käyttö on hyvä opettaa potilaalle ja hänen omaisilleen, tulevaisuutta ajatellen. (Haahtela 2010.)

2.3 Sepsispotilaan hoitotyö

Sepsis eli verenmyrkytys on bakteerien aiheuttama, henkeä uhkaava yleisinfektio. Sepsiksessä bakteerit leviävät verenkierron välityksellä kaikkialle elimistöön. Vaikeaan sepsikseen liittyy elintoimintahäiriöiden äkillinen kehittyminen esimerkiksi hengitys- ja verenkiertovajaus tai anuria. Sepsikseen liittyy suuri kuolleisuus, mutta enustetta parantavat varhainen toteaminen ja nopea hoidon aloittaminen. Kaikilla poti-

lailla, joiden kunto äkillisesti heikkenee, tulisi epäillä sepsistä. Sepsiksen voi aiheuttaa mikä tahansa infektio, mutta usein sen aiheuttajana on bakteerin aiheuttama infektio. Veriviljelyistä löydetty merkit bakteereista varmistavat sepsiksen diagnosoinnin. Bakteerilajista voidaan myös päätellä mistä sepsis on saanut alkunsa. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n asettama työryhmä 2011.)

Yleisimmät sepsiksen oireet ovat korkea, sahaava kuume, vilunväristykset ja horkka, pahoinvointi, oksentelu, tihentynyt hengitys ja sekavuus. Sepsiksen hoidossa tärkeintä on aloittaa nopeasti antibioottihoito, huolehtia riittävästä nesteytyksestä ja estää verenpaineen lasku sekä sokkitilan kehittyminen. Sokin oireita ovat muun muassa tiheä hengitys, hapenpuute, eri elinten toimintahäiriöt ja matala yläpaine. Hoidon kannalta tärkeää on seurata peruselintoimintoja, hapen antaminen ja tarvittaessa hengityksen avustus. Potilaalta tarkkaillaan lämpöä, verenpainetta, happisaturaatiota, sykettä, hengitysfrekvenssiä ja nestetasapaino (nestelista, paino, virtsanmittaus). Ennusteeseen vaikuttavat taudinaiheuttaja, potilaan perussairaudet ja yleistila sekä se kuinka nopeasti potilas on saatu hoitoon. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n asettama työryhmä 2011.)

Sepsiksen voi aiheuttaa aiemmin terveelle henkilölle staphylococcus aureus, meningokokki, salmonella, a-ryhmän beetahemolyyttinen streptokokki tai pneumokokki. Usein sepsis tarvitsee syntyäkseen myös muita vaikuttavia tekijöitä ja perussairauksia. Tällaisia tekijöitä ovat immunosuppressiivinen hoito, eli taudin kulkua muuttava hoito (MS-taudissa), suuret leikkaukset, vaikea perussairaus tai katetriin käyttö. (Elonen, Mäkijärvi, Pulkki & Vuoristo 2005, 226-227.)

2.4 Hypoglykemiapotilaan hoitotyö

Hypoglykemia eli alhainen verensokeri aiheutuu diabeetikolla, kun elimistössä on insuliinia yli tarpeen. Hypoglykemiasta puhutaan, kun verensokeri on alle 3 mmol/l. Alhainen verensokeri voi johtua runsaasta liikunnasta, niukasta syömisestä, runsaasta alkoholin käytöstä tai liian suuresta insuliinimäärästä. Matalan verensokerin oireita

ovat muun muassa vapina, hikoilu, käsien värinä, hermostuneisuus, sydämentykytys, nälän tunne, heikotus, epämääräinen käytös, päänsärky, uneliaisuus, huimaus ja keskittymisvaikeus. (Kuisma ym. 2008, 392; Piazza 2009, 276; Terveyskirjaston www-sivut.)

Yleensä hypoglykemia pystytään korjaamaan helposti nauttimalla nopeasti imeytyviä hiilihydraatteja. Ellei matalaa verensokeria korjata nopeasti voi seurauksena olla tajuttomuus eli insuliinisokki. Akuutissa hypoglykemiassa potilaalle annetaan suunkautta annos nopeasti imeytyvää hiilihydraattia diabeetikon ollessa yhteistyökykyinen. Riittävä annos on yleensä 10-20 g hiilihydraattia. Jos potilas ei ole orientoitunut, pistetään glukagoni lihakseen 1mg:n suuruisena injektiona. Injektiona pistetty glukagoni nopeuttaa maksan glukoosivarastot nopeasti verenkiertoon. Jos potilas on aliravittu, eikä hänellä ole maksan glukoosivarastoja, on injektio melko tehoton. Potilaan ollessa tajuton tai sekava glukoosi annetaan suonensisäisesti. 10-prosenttista glukoosiliuosta annetaan 20 millilitran nopeana kerta-annoksena, jolloin verensokeri nousee hetkellisesti noin 2-3 mmol/l. 10 % glukoosiliuosta annetaan nopeana infuusiona, koko ajan verensokeria seuraten, kunnes saavutetaan riittävä sokeritasapaino. (Diabeteksen Käypä hoito – työryhmä 2009.)

2.5 Hoitajan täydenniskoulutus

Täydenniskoulutuksen tavoitteena on osaamisen lisääminen, kehittäminen, syventäminen ja osaamisen varmistaminen päivittämällä ammattiosaamiseen kuuluvia tietoja ja taitoja. Täydenniskoulutus voi olla pitkä- tai lyhytkestoista. Ammattikorkeakoulujen lisääntynyt täydenniskoulutus tulee todennäköisesti jatkossa korvaamaan kokonaan erikoistumisopinnot. Asiantuntijuuden kehittymistä voidaan kuvata viisivaiheisenä. Nämä vaiheet ovat aloittelija, edistynyt aloittelija, pätevä, taitava ja asiantuntija. Jotta ihminen kehittyisi asiantuntijaksi, vaaditaan jatkuvaa ymmärryksen ja osaamisen syventämistä. Perusedellytys asiantuntijaksi kehittymiselle on oppiminen ja asiantuntija on mahdotonta olla ilman tietoa. Asiantuntijalle on tärkeää ymmärtää laajempia kokonaisuuksia ja kyky tarkastella asioita omaa työtä laajemmasta näkökulmasta. Täydenniskoulutus voidaan muokata sellaiseksi, että se tukee koulutetta-

van asiantuntijuuden kehittymistä, mutta myös työprosessien ja työyhteisön kehittymistä. (Ranta 2011, 100, 105-106.)

Grönmarkin ja Karvosen (2006) opinnäytetyössä selvitettiin sairaanhoitajien täydennyskoulutustarvetta lääkehoidon osalta Satakunnan keskussairaalassa ja Porin kaupunginsairaalassa. Tutkimus oli kyselytutkimus ja kyselyyn vastasi 148 sairaanhoitajaa. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa lääkehoidon eri alueiden täydennyskoulutustarpeesta. Lääkehoitoa koskeva täydennyskoulutus osoittautui tarpeelliseksi ja sairaanhoitajat olivat halukkaita osallistumaan koulutukseen. Eniten täydennyskoulutustarvetta koettiin olevan kipulääkkeiden, akuuttihoitossa käytettävien lääkkeiden sekä lääkkeiden yhteis- ja haittavaikutusten osalta.

Sosiaali- ja terveysministeriön laatimasta terveydenhuollon täydennyskoulutussuosituksesta tulee esille, että ihmisten lisääntyvät vaatimukset työelämässä vaikuttavat ammatillisen osaamisen kehittämiseen. Oma-aloitteinen kouluttautuminen on hyvin yleistä. Terveydenhuollossa täydennyskoulutuksen merkitys korostuu, sillä hoitokäytännöt muuttuvat kokoajan lääketieteen, biotieteiden, terveystieteiden ja teknologian nopean kehityksen ansiosta. Jotta koko työyhteisö kehittyisi ja pysyisi ajan hermoilla sekä hoitoketjun sujuvuus taattaisiin, on koulutusta järjestettävä koko henkilöstölle. Suosituksessa täydennyskoulutuksen tavoitteena on ylläpitää, kehittää ja syventää terveydenhuollon henkilöstön ammattitaitoa sekä taata potilaille hyvä hoito. Suosituksessa täydennyskoulutuksen kerrotaan olevan ammattia tukevaa, suunnitelmallista, tarvelähtöistä, lyhyt- tai pitkäkestoista koulutusta. Täydennyskoulutussuositus koostuu neljästä eri suosituksesta, jotka ovat täydennyskoulutuksen suunnittelu, mahdollistaminen ja toteutus, seuranta ja arviointikriteerit. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 3-5; Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Satakunnan keskussairaalan hoitajien näkemyksiä akuuttihoitokoulutuksesta ja täydennyskoulutustarpeesta sisätautiosastoilla. Hoitajalla tarkoitetaan sairaanhoitajia sekä perus- ja lähihoitajia. Tavoitteena on antaa Satakunnan keskussairaalan sisätautiosastojen henkilökunnalle tietoa, jota he voivat hyödyntää akuuttihoitokoulutuksen ja täydennyskoulutuksen kehittämisessä. Tutkimustulokset toimivat myös palautteena akuuttihoitovastaaville, he saavat tietää miten he onnistuivat kouluttamaan muuta henkilökuntaa.

Opinnäytetyössä haetaan vastausta seuraaviin tutkimusongelmiin:

1. Minkälaisia näkemyksiä sisätautiosastojen hoitajilla on pidetystä akuuttihoitokoulutuksesta?
2. Minkälaista täydennyskoulutusta hoitajat arvioivat jatkossa tarvitsevansa?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

4.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö on luonteeltaan pääasiallisesti määrällinen tutkimus. Opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää, johon kuuluvat aikaisempien tutkimusten johtopäätökset, aiemmat teoriat sekä käsitteiden määrittely. Tutkimusaineisto muutetaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Tilastoinnissa käytetään erilaisia taulukoita, kuvioita ja numeerista tilastointia, jonka jälkeen saatu aineisto analysoidaan kirjallisesti ja saaduista tutkimustuloksista tehdään pohdinta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 131.)

4.2 Kohderyhmä ja tutkimusaineiston keruu

Opinnäytetyön kohderyhmänä oli Satakunnan keskussairaalan sisätautiosastojen akuuttihoitokoulutukseen osallistuneet hoitajat. Osastot, joilta koulutukseen osallistuttiin, olivat sisätautiosastoja: M3, M4, A5, A6 ja dialyysi. Osasto M3 on sisätautien vuodeosasto, joka on erikoistunut gastroenterologisten ja nefrologisten potilaiden hoitoon. Osasto M4 on sisätautien vuodeosasto, jossa hoidetaan ja tutkitaan sydänsairauksia sairastavia potilaita. Osaston tavoitteena on tarjota korkeatasoista erikoisosaamista sydänsairauksien hoidossa. Osasto A5:llä hoidetaan ja tutkitaan erilaisia infektioita ja endokrinologisia sairauksia sairastavia potilaita. Osasto on erikoistunut diabeteksen hoitoon, hoidonohjaukseen sekä diabeetikon hoidon tukemiseen. Sisätautien vuodeosasto A6 on erikoistunut erilaisia, useimmiten pahanlaatuisia verisairauksia sairastavien potilaiden hoitoon. Keinomunuaisyksikössä eli dialyysiyksikössä hoidetaan munuaisten vajaatoimintaa sairastavia, dialyysihoidoa tarvitsevia potilaita. (Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut 2010.)

Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmäksi valittiin kyselylomake, jolla pyrittiin saamaan tietoa sisätautiosastojen hoitajien näkemyksistä akuuttihoitokoulutuksesta sekä täydennyskoulutustarpeesta. Kyselylomakkeet toimitettiin osasto A5:n osastonhoitajalle joulukuussa 2011, sen jälkeen kun työn ohjaaja ja osastonhoitaja olivat hyväksyneet kyselylomakkeet. A5:n osastonhoitaja toimitti lomakkeet muiden osastojen osastonhoitajille, jotka jakoivat ne koulutukseen osallistuneille. Otanta valikoitui siten, että osastonhoitajat antoivat kullakin osastolla joka kolmannelle koulutukseen osallistuneelle kyselylomakkeen. Vastaajat saivat kukin oman kirjekuoren, johon he laittoivat omat vastauksensa. Tämän jälkeen he laittoivat oman suljetun kirjekuorensa osaston yhteen isompaan kirjekuoreen. Vastaajien henkilöllisyys pysyi salassa koko ajan. Vastaajilla oli kaksi viikkoa aikaa täyttää kyselylomake, jonka jälkeen kyselylomakkeet haettiin sairaalasta.

Kyselytutkimuksen etuja ovat laajan tutkimusaineiston kerääminen. Kyselymenetelmää pidetään tehokkaana, sillä se säästää tutkijalta aikaa ja vaivaa. Lomakkeen huolellinen suunnittelu mahdollistaa aineiston nopean käsittelyn ja analysoinnin tietokoneen avulla. (Hirsjärvi ym. 2004, 184.)

Kyselylomake valittiin aineiston keruumenetelmäksi, koska sen avulla pystyttiin parhaiten selvittämään osallistujien näkemyksiä koulutuksesta ja täydennyskoulutuksesta. Kyselyyn vastaajat saivat saatekirjeen (Liite1), joka informoi heitä kyselyn tarkoituksesta. Kyselylomake (Liite 2) laadittiin tätä opinnäytetyötä varten ja se koostui kymmenestä eri osiosta. Ensimmäisessä osiossa selvitettiin vastaajien taustatietoja. Toisessa osiossa selvitettiin koulutustarvetta, kolmannessa osiossa akuuttihoitokoulutuksen elvytysosiota, neljännessä akuuttia hengitysvajaus/C-PAP –osiota ja viidennessä hypoglykemiaosiota. Kuudes osio koski sepsistä, seitsemäs koulutustiloja, välineitä ja ryhmäkokoja, kahdeksas ryhmää, yhdeksäs akuuttihoitokoulutusta yleensä ja kymmenes osio koski täydennyskoulutusta. Kyselylomakkeessa oli 39 kysymystä, joista 12 kysymystä oli avoimia. Monivalintakysymyksissä asteikkona toimi viisiporainen asteikko, jossa vastaajalla oli valittavana yksi viidestä vaihtoehdosta, 1=Täysin eri mieltä, 2=Eri mieltä, 3= En osaa sanoa, 4= Samaa mieltä, 5=Täysin samaa mieltä. Avoimilla kysymyksillä selvitettiin muun muassa vastaajien kehittämisideoita akuuttikoulutukseen.

4.3 Tutkimusaineiston analysointi

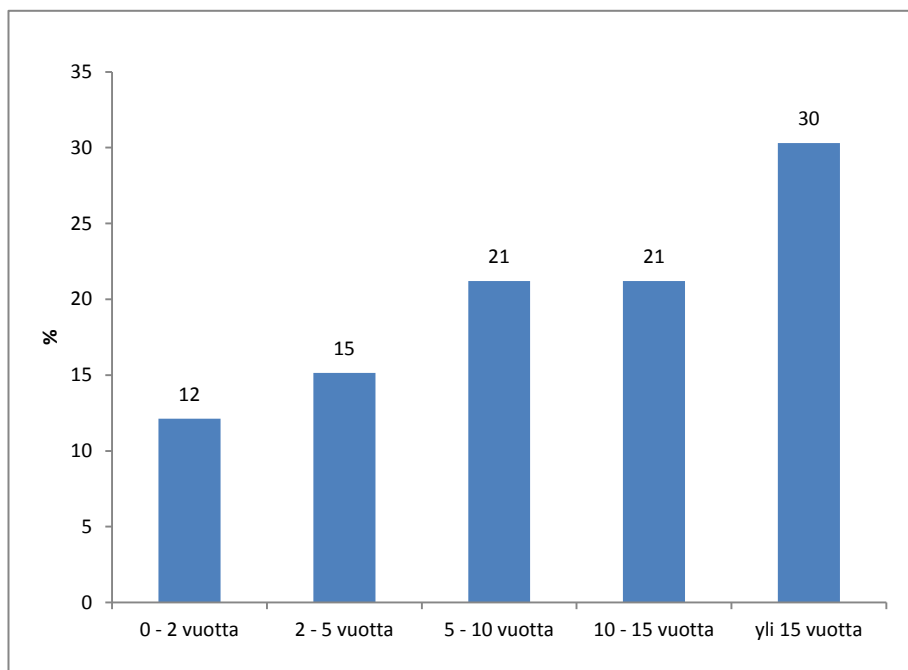
Kun vastauslomakkeet saatiin takaisin, ne numeroitiin yksitellen, jonka jälkeen kaikki tiedot syötettiin Microsoft Exel -07 taulukkolaskentaohjelmaan. Tietojen syöttämisen jälkeen aineisto tarkistettiin ja sen jälkeen analysoitiin Tixel-ohjelmalla. Kaikista kysymyksistä laadittiin yksiulotteiset jakaumat ja kaaviot, joita tulkittiin ja kirjoitettiin puhtaaksi käyttämällä prosenttilukuja ja absoluuttisia lukuja. Avoimet kysymykset käsiteltiin sisällönerittelyllä ja jokaisesta osiosta on suoria lainauksia esimerkkeinä tekstissä.

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselylomakkeet lähetettiin yhteensä 50 akuuttihoitokoulutukseen osallistujalle, joista palautui 34 kyselylomaketta täytettyinä takaisin. Vastausprosentti oli 68.

Kyselylomakkeen kaksi ensimmäistä kysymystä koskivat taustatietoja. Ensimmäisessä kysymyksessä selvitettiin kyselyyn vastaajan työskentelyaika terveydenhuollossa. Toisella kysymyksellä selvitettiin kyselyyn vastaajien aikaisempaa osallistumista ja mahdollista osallistumisajankohtaa akuuttihoitokoulutukseen. Suurin osa (30%) vastaajista (n=10) oli työskennellyt pitkään terveydenhoitoalalla, eli yli 15 vuotta. Alle kaksi vuotta alalla olleita oli 12 % eli neljä vastaajaa. (Kuvio 1.) 69 % (n=22) oli aikaisemmin osallistunut vastaavanlaiseen koulutukseen. Osallistumisajankohdat vaihtelivat vuodesta 1998 vuoteen 2010.



Kuvio 1. Vastaajien työkokemus

5.2 Näkemykset akuuttihoitokoulutuksesta ja kehittämisideat

Ensimmäisessä tutkimusongelmassa etsittiin vastausta kysymykseen, minkälaisia näkemyksiä sisätautiosastojen hoitajilla on akuuttihoitokoulutuksesta. Kolmannessa kysymyksessä selvitettiin koulutukseen osallistujien näkemyksiä siitä, tulisiko vastaavanlaisia koulutuksia järjestää jatkossakin. Tulos oli varsin yhdenmukainen, 82 % kyselyyn vastanneista eli 27 vastaajaa 33:sta valitsi vastausvaihtoehdon täysin samaa mieltä. Kukaan vastanneista ei valinnut vaihtoehtoa täysin eri mieltä tai eri mieltä. Neljäs kysymys selvitti vastanneiden näkemyksiä koulutuksessa opituista uusista asioista. 78 % vastaajista oli oppinut koulutuksessa uusia asioita. Vastaajista neljä (12 %) ei osannut sanoa mielipidettään, kolme vastaajaa ei ollut oppinut uutta.

Elvytystaidot

Kysymykset 5-8 käsittelivät akuuttihoitokoulutuksen elvytysosiota. Elvytyksen teoriaosioon (kysymys 5) oli tyytyväisiä 73 % (n=24) vastaajista. He olivat sitä mieltä, että teoriaosio oli sisällöltään riittävä. Käytännön harjoitusten riittävyys (kysymys 6) jakoi mielipiteitä. 15 vastaajaa (45 %) oli samaa mieltä siitä, että harjoituksia oli riittävästi, kun taas kahdeksan (24 %) vastaajan mielestä harjoituksia ei ollut riittävästi. Kysymyksessä 7 selvitettiin elvytystaitojen ylläpitämistä (n=27). Suurin osa vastaajista (41 %) ylläpitää elvytystaitojaan elvyttämällä käytännön hoitotyössä, 37 % harjoittelemalla/koulutuksissa, 4 % lukemalla teoriaa ja 19 % kaikilla edellä mainituilla tavoilla. (Kuvio 2.) Kysymyksessä 8 selvitettiin vastaajien kehittämisideoita elvytysosion suhteen. Avoimeen kysymykseen vastasi yhteensä 15 ihmistä. Kahdeksan vastaajaa (53 %) toivoi, että koulutuksia järjestettäisiin useammin. Toiseksi eniten toivottiin (27 %) enemmän käytännön harjoituksia. Parempia välineitä, parempia kouluttajia ja erilaisten olosuhteiden huomiointia toivottiin myös. Ohessa esimerkkejä kehittämisideoista:

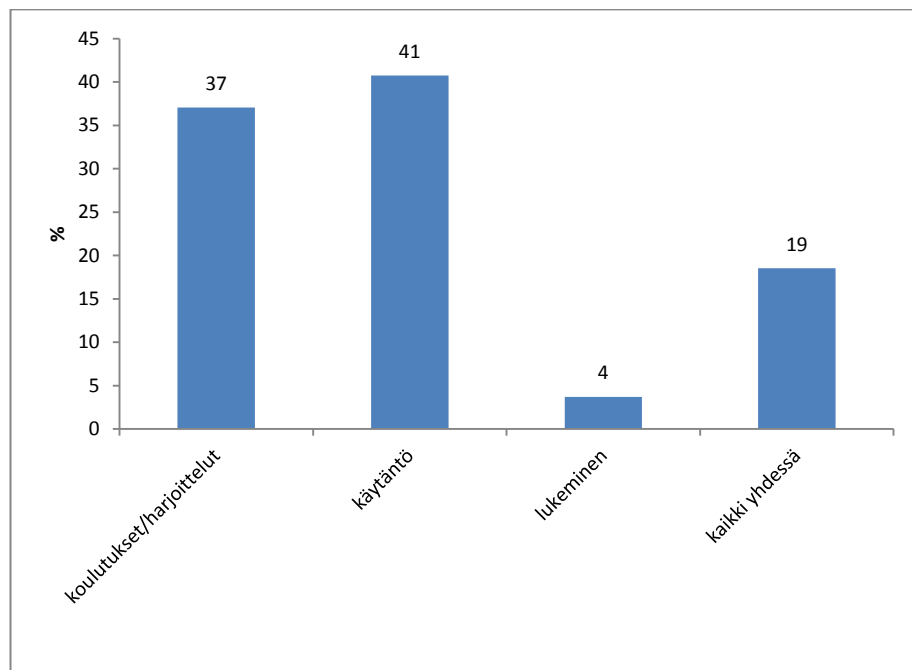
”Koulutuksia voisi pyrkiä järjestämään useammin, esim. 1krt/vuosi.”

”Käytännön harjoituksia lisää.”

”Sellaiset kouluttajat, jotka osaavat asian ja osaavat opettaa, ei ole kaikkien hommaa.”

”Peruselvytyksen lisäksi, mitä elvytys on omassa yksikössä, erityispiirteiden/olosuhteiden huomiointia.”

”Tarvitsee päivitystä, paremmat välineet -> nukke rikki!”



Kuvio 2. Elvytystaitojen ylläpitäminen

Hengitysvajauspotilaan hoito ja C-PAP

Kysymykset 9-12 koskivat akuuttia hengitysvajaus/C-PAP -osiota. Yli puolet (56 %) oli sitä mieltä, että teoriaosio oli riittävä akuutin hengitysvajauden osalta (kysymys 9). Kukaan ei ollut täysin eri mieltä, yksi vastaaja oli eri mieltä, viisi ei osannut sanoa ja kahdeksan vastaajaa oli täysin samaa mieltä. Myös C-PAP:ia koskevan teoriaosion riittävyyteen (kysymys 10, n=33) oltiin keskimäärin tyytyväisiä. 70 % piti teoriaosiota riittävänä. Käytännön harjoitusten riittävyys (kysymys 11, n=33) jakoi mielipiteitä, sillä osassa lomakkeista palautteena oli, että käytännön harjoituksia ei ollut lainkaan tai että ei ollut aikaa koota C-PAP-laitetta. Väittämän harjoitusten riittävyydestä kanssa täysin eri mieltä oli 9 %, eri mieltä 30 %, 9 % ei osannut sanoa, 33 % oli samaa mieltä ja 18 % täysin samaa mieltä.

Kehittämisideoissaan (kysymys 12, n=15) vastaajat olivat yksimielisiä siitä, että harjoittelua tulisi olla enemmän (60 %), myös kertausta toivottiin (13 %) sekä enemmän aikaa (13 %). Yksi vastaaja toivoi myös lääkäriä paikalle luennoimaan ja yksi vastaaja toivoi enemmän teoriaa. Ohessa esimerkkejä kehittämisideoista:

”Tavalliset sairaanhoitajat koulutuksen pitäjinä loistavia. Pidempi aika, jotta ehtii rauhallisemmin kokeilemaan ja näyttämään.”

”Ei harjoiteltu ollenkaan C-PAP:n käyttöä tai kokoamista, joten sitä olisi aina hyvä kerrata.”

”Vuosittaiset kertaukset.”

”Vielä perusteellisempi selostus asioista, ehkä lääkärin pitämänä, tietoa enempi silloin.”

Hypoglykemiapotilaan hoito

Seuraavat kaksi kysymystä koskivat hypoglykemiaosiota. Teoriaosioon (kysymys 13, n=32) oltiin suurelta osin tyytyväisiä, yhteensä 84 %:n (n=27) mielestä teoriaosa oli riittävä (59 % samaa mieltä ja 25 % täysin samaa mieltä). 16 % vastaajista ei osannut sanoa mielipidettään teoriaosiosta. Yksikään vastaaja ei ollut täysin eri mieltä tai eri mieltä väitteen kanssa. Kehittämisisideoiden suhteen (kysymys 14, n=8) viisi vastaajaa oli sitä mieltä, että osiossa ei ollut kehitettävää, kaksi vastaajaa toivoi kertausta ja yksi vastaaja esimerkkejä. Ohessa esimerkkejä kehittämissideoista:

”Oli hyvä, koska DM-osaston hoitajat pitivät.”

”Esimerkkitapauksia.”

”Säännöllisin väliajoin kertausta ja koulutusta.”

”Ei kehitettävää.”

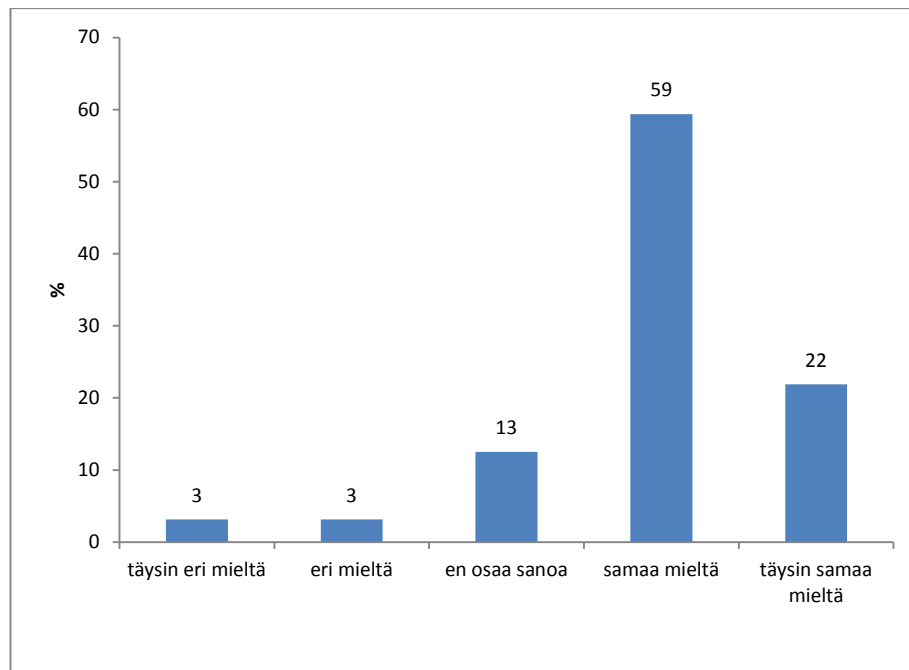
Sepsispotilaan hoito

Seuraavissa kahdessa kysymyksessä selvitettiin osallistujien tyytyväisyyttä sepsisiosioon. Jälleen yli puolet (59 %) vastaajista (n=32) oli samaa mieltä väittämän kanssa, että teoriaosio oli riittävä, täysin samaa mieltä oli 22 %, 13 % ei osannut sanoa ja yksi vastaaja oli eri mieltä ja yksi täysin eri mieltä. (Kuvio 3.) Sepsisiosion avoimeen kehittämissidea-kysymykseen (kysymys 16) vastasi vain viisi vastaajaa, joista kolme vastaajaa (60 %) toivoi käytännön esimerkkejä ja kaksi vastaajaa (40 %) kertausta. Ohessa esimerkkejä kehittämissideoista:

”Kaipaisin ehkä enemmän konkreettista tietoa/harjoittelua sepsispotilaan hoidosta.”

”Vielä enemmän käytännön kokemuksia, teoriapohjainen tieto oli hyvää.”

”Oli hyvin avattu auki ja käyty tärkeimmät asiat läpi.”



Kuvio 3. Teoriaosion riittävyys sepsiksen osalta

Tilat ja välineet

Seuraavat viisi kysymystä koskivat tilaa ja harjoitteluun käytettyjä välineitä. Yhteensä 82 % (n=27) vastaajista oli sitä mieltä, että koulutustila oli koulutukseen sopiva (kysymys 17). Vastaajista 12 % (n=4) oli sitä mieltä, että koulutustila ei ollut koulutukseen sopiva. Kaksi vastaajaa ei osannut sanoa mielipidettään. Koulutuspaikkana toimi 88 % (n=22) N00 koulutustila ja 12 % (n=3) B1 kokoushuone. Kysymys 18 koski koulutuksessa käytettyjä välineitä. Suurin osa (79 %, n=26) oli sitä mieltä, että välineet olivat koulutukseen sopivia, viisi vastaajista ei ollut tyytyväisiä välineisiin, kaksi vastaajaa ei osannut sanoa mielipidettään. Tilan riittävyyteen oltiin suurimmaksi osaksi tyytyväisiä 76 % (n=25), neljä vastaajaa oli sitä mieltä, että tilaa ei ollut riittävästi ja neljä vastaajaa ei osannut sanoa mielipidettään. Kysymyksessä 20 selvitettiin vastaajien näkemystä välineiden riittävydestä harjoitteiden suorittamiseen, 66 % (n=22) oli tyytyväisiä, kahdeksan vastaajaa ei ollut tyytyväisiä ja kolme vastaajaa ei osannut sanoa mielipidettään. Vastaajista 42 % (n=5) nimesi kehittämisideaksi isommat tilat, 33 % (n=4) ehdotti uusia/ehjiä välineitä, 17 % (n=2) oli sitä mieltä, että välineiden pitäisi olla samanlaiset kuin osastoilla ja yksi vastaaja toivoi moniammatillisempaa koulutustiimiä. Ohessa esimerkkejä kehittämisideoista:

”Olisi hyvä, jos harjoiteltaisiin samanlaisilla välineillä kun osastolla on käytössä (esim. Defi)”

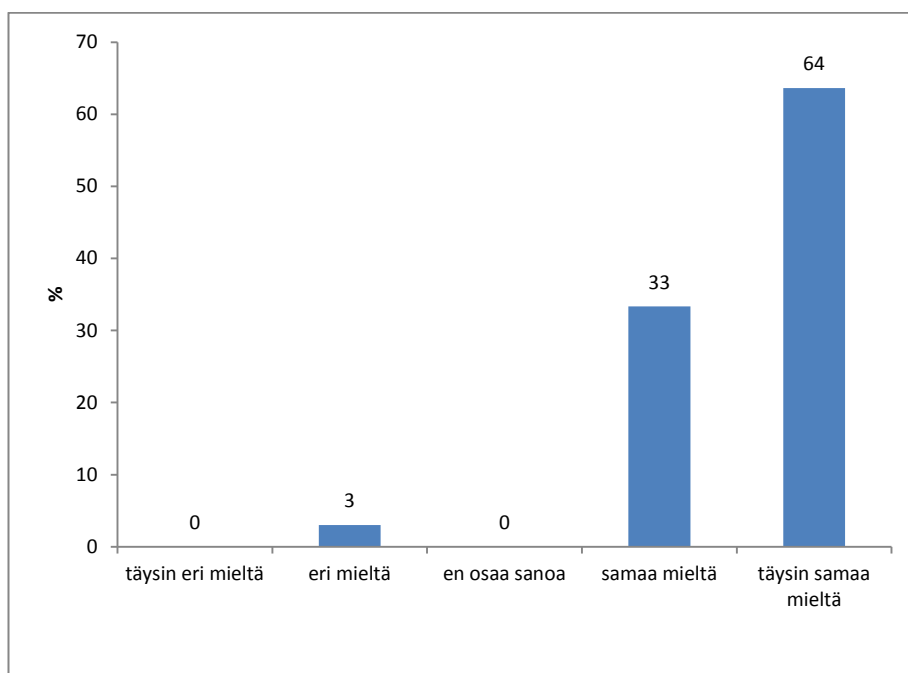
”Yksi kouluttaja voisi olla lääkäri. Akuuttihoitokin on eri ammattiryhmien tiimityötä.”

”Välineistöä voisi uusia. Esim. elvytysnukke oli todella huonokuntoinen.”

”Tila voisi olla enemmän tarkoitukseen sopiva.”

Ryhmä

Seuraavilla kolmella kysymyksellä (kysymykset 22-24) selvitettiin vastaajien näkemyksiä ryhmästä. 97 % (n=32) oli tyytyväisiä ryhmäkokoon. Yksi vastaaja ei ollut tyytyväinen ryhmäkokoon. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Ryhmäkoon sopivuus

Ryhmän ohjaamiseen harjoitteiden aikana oltiin myös suurelta osin tyytyväisiä, 73 % vastaajista oli sitä mieltä, että ryhmää ohjattiin hyvin, neljä vastaajista ei osannut sanoa mielipidettään, viisi vastaajaa ei ollut tyytyväisiä ohjaukseen. Siihen, että osallistujat olivat eri osastoilta, suhtauduttiin hyvin ja sen koettiin tehneen koulutuksesta monipuolisempi. 52 % (n=15) piti sitä erittäin hyvänä asiana, 41 % (n=12) ihan hyvänä ja kahden vastaajan mielestä, sillä ei ollut mitään vaikutusta, miltä osastolta osallistujat olivat. Ohessa esimerkkejä kehittämisideoista:

”Se oli tosi hyvä asia, koska kokemuksia tulee monesta näkökulmasta. Monen eri asian erikoisosaamista paikalla.”

”Oli erittäin hyvä asia, teki koulutuksesta monipuolisen.”

”Hyvänä, käytännön esimerkit tärkeitä jakaa muillekin, niistä oppii.”

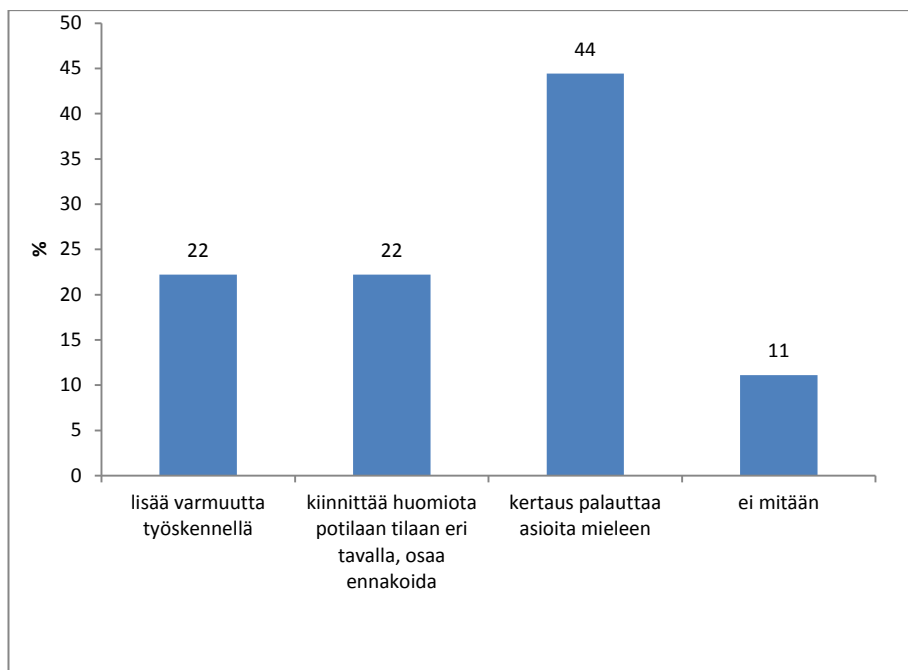
”Than hyvä, toisaalta elvytyksen, hengitysvajaus potilaan kohdalla olisin kaihannut syvällisemmin juuri sydänpotilaita koskevaa tietoa/harjoittelua.”

”Than ok.”

Yleinen palaute

Seuraavilla kahdella monivalintakysymyksellä ja neljällä avoimella kysymyksellä selvitettiin yleistä palautetta akuuttihoitokoulutuksesta. Kysymykset 25 ja 26 koskivat ajankäyttöä. Vähän alle puolet (45 %, n=15) vastaajista oli sitä mieltä, että teoriaosion läpikäymiseen oli varattu riittävästi aikaa, kun taas viidennes oli täysin samaa mieltä, 18 % (n=6) oli eri mieltä, 12 % (n=4) ei osannut sanoa, oliko aikaa riittävästi ja yksi vastaaja oli täysin eri mieltä ajan riittävyydestä teorian läpikäymiseen. Harjoitteisiin käytetyn ajan riittävyys jakoi mielipiteitä, 51 % (n=17) oli samaa mieltä, että aikaa oli riittävästi, 33 %:n (n=11) mielestä aikaa ei ollut riittävästi harjoitteisiin, 15 % (n=5) ei osannut sanoa mielipidettään.

Kysymys 27 selvitti vastaajien saamaa hyötyä koulutuksessa opetetuista asioista käytännön hoitotyöhön. Vastaajista 44 %:n (n=8) mielestä kertaus palauttaa asioita mieleen, neljä vastaajaa koki saaneensa lisää varmuutta, neljä vastaajaa kiinnittää nykyään erilailta huomiota potilaan tilaan, kaksi vastaajaa ei kokenut hyötyneensä koulutuksesta mitenkään. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Koulutuksen hyöty käytännön hoitotyöhön

Vapaaseen palautteeseen (kysymys 28) 47 % (n=8) vastasi, että tällaiset koulutukset ovat tarpeellisia, 29 % (n=5) haluaisi paremmat kouluttajat, esimerkiksi eri osa-alueiden asiantuntijat, 12 % (n=2) toivoi enemmän aikaa ja 12 % (n=2) enemmän harjoittelua ja käytännön esimerkkejä.

Kysymyksessä 29 selvitettiin vastaajien näkemyksiä seuraavan akuuttihoitokoulutuksen sisältöalueista. 56 % (n=9) vastaajista oli tyytyväisiä nykyisiin, neljällä vastaajista oli toivomuksena Muun muassa akuuttivatsa, sydämeen liittyvät asiat, diabetes ja alkoholin aiheuttamat sairaudet, 19 % (n=3) toivoi enemmän käytännön harjoituksia. Ohessa esimerkkejä kehittämisideoista:

”Enemmän käytännön harjoittelua.”

”Käytetty sisältöaluemalli mielestäni hyvä.”

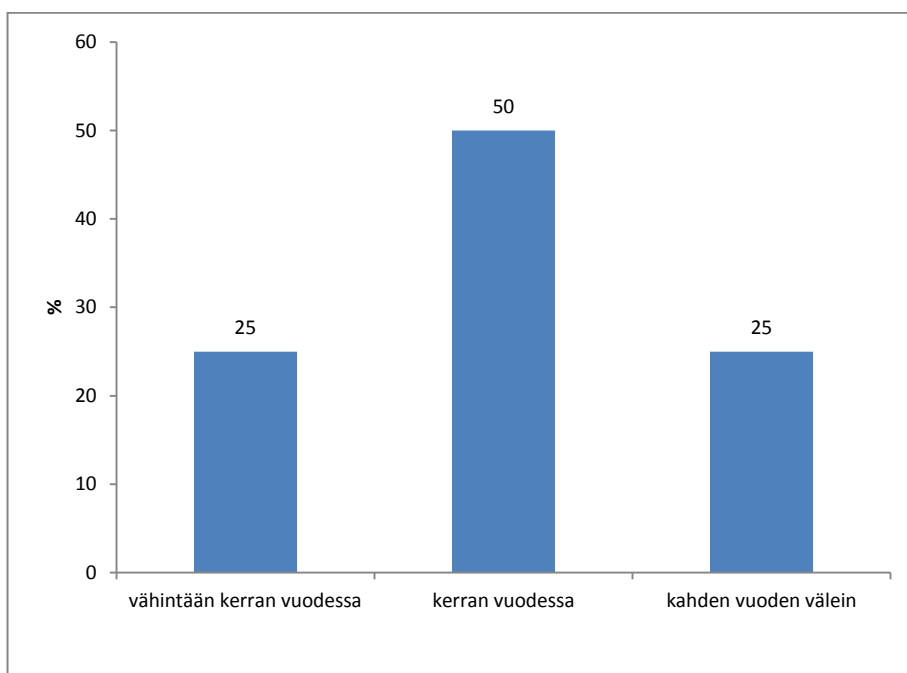
”Nykyiset hyvät, kaiken kaikkiaan mahdollisimman monipuoliset osa-alueet.”

”Akuuttivatsa, kardiogeeninen shokki.”

”Ainakin sydämeen liittyviä.”

Kysymykseen 30 vastasi yhteensä 28 vastaajaa. Vastaajista puolet oli sitä mieltä, että sopiva aikaväli akuuttihoitokoulutuksen uusimiseen olisi kerran vuodessa. Seitsemän vastaajan mielestä sopiva aikaväli olisi vähintään kerran vuodessa. Myös seitsemän

vastaajaa oli sitä mieltä, että sopiva aikaväli akuuttihoitokoulutuksen järjestämiseen olisi kahden vuoden välein. (Kuvio 6)



Kuvio 6. Akuuttihoitokoulutuksen uusimisen aikaväli

5.3 Täydennyskoulutustarpeet

Toisessa tutkimusongelmassa haettiin vastausta kysymykseen, minkälaista täydennyskoulutusta hoitajat arvioivat tarvitsevansa. Kyselylomakkeen viimeinen osio käsittelee täydennyskoulutusta. Tässä oli kahdeksan väittämää, joihin vastaajat saivat valita mieleisensä vaihtoehdon viidestä eri vastausvaihtoehdosta. Täydennyskoulutusosion kysymyksiin vastasi kysymyksistä riippuen 23-25 vastaajaa. Osa vastaajista ei ehkä ollut huomannut täydennyskoulutusosiota, sillä se oli erillisellä sivulla.

Elvytettävän potilaan hoidossa koettiin olevan eniten tarvetta täydennyskoulutukseen, 96 % (n=23) vastaajista oli sitä mieltä, että he tarvitsevat aiheesta lisäkoulutusta. Myös hengitysvajauspotilaan hoidossa koettiin olevan lisäkoulutuksen tarvetta, 83 % (n=20) koki tarvitsevan lisäkoulutusta aiheesta. Hypoglykemiapotilaan hoito jakoi mielipiteitä, sillä lähes puolet 48 % (n=11) oli sitä mieltä, että ei tarvitse lisäkoulutusta aiheesta. 43 % (n=10) kuitenkin koki tarvitsevansa lisäkoulutusta hypo-

glykemiapotilaan hoidosta. Sepsispotilaan hoidosta 64 % (n=16) koki tarvitsevansa lisäkoulutusta.

Kaikki vastaajat olivat motivoituneita osallistumaan täydenniskoulutukseen. 76 % (n=19) vastaajista oli sitä mieltä, että pystyy itse vaikuttamaan koulutuksiin osallistumiseen. 62 % (n=16) oli sitä mieltä, että osaston muut työntekijät kannustavat osallistumaan koulutuksiin. 31 % (n=8) ei osannut sanoa kannustavatko muut osallistumaan koulutuksiin. Puolet vastaajista (n=13) oli sitä mieltä, että osaston kiireet eivät vaikeuttaneet koulutuksiin osallistumista. (Taulukko 1). Kysymykseen 39 tuli vain muutama vastaus ja ne on sisällytetty kysymyksen 29 vastauksiin, sillä ne koskivat enemmänkin akuuttihoitokoulutusta.

Taulukko 1. Täydenniskoulutustarve

Koen tarvitsevani lisäkoulutusta seuraavista osa-alueista:	täysin eri mieltä	eri mieltä	en osaa sanoa	samaa mieltä	täysin samaa mieltä
Elvytettävän pot. hoito	0 %	4 %	0 %	58 %	38 %
Hengitysvaikeuspotilaan hoito	4 %	4 %	8 %	58 %	25 %
Hypoglykemiapot. hoito	4 %	48%	4%	30 %	13 %
Sepsispotilaan hoito	4 %	16 %	16 %	48 %	16 %
Olen hyvin motivoitunut täydenniskoulutukseen	0 %	0 %	0 %	38 %	62 %
Pystyn itse vaikuttamaan siihen, mihin koulutuksiin osallistun	4 %	12 %	12 %	46 %	27 %
Osastoni muut työntekijät kannustavat osallistumaan koulutuksiin	4 %	4 %	31 %	27 %	35 %
Osaston kiireiden takia on vaikea päästä osallistumaan koulutuksiin	15 %	35 %	19 %	15 %	15 %

6 POHDINTA

6.1 Tulosten pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Satakunnan keskussairaalan sisätautiosastoilla työskentelevien hoitajien näkemyksiä akuuttihoitokoulutuksesta ja täydennyskoulutustarpeesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli antaa Satakunnan keskussairaalan sisätautiosastojen henkilökunnalle tietoa, jota he voivat hyödyntää akuuttihoitokoulutuksen ja täydennyskoulutuksen kehittämisessä. Opinnäytetyön kyselystä saatavat tutkimustulokset toimivat myös palautteena akuuttihoitokoulutuksen pitäjille, eli akuuttihoitovastaaville. He saavat palautteen siitä, miten onnistuivat kouluttamaan muuta henkilökuntaa. Opinnäytetyön tulosten avulla akuuttihoitokoulutusta voidaan mahdollisesti kehittää haluttuun suuntaan, sillä kyselyyn osallistuneet hoitajat voivat siis itse vaikuttaa seuraavaan akuuttihoitokoulutukseen antamansa palautteen avulla.

Opinnäytetyön kyselylomakkeella saatiin vastaukset molempiin tutkimusongelmiin. Ensimmäinen tutkimusongelma haki vastausta kysymykseen: Minkälaisia näkemyksiä sisätautiosastojen hoitajilla on pidetystä akuuttihoitokoulutuksesta? Tähän sisältyi myös mahdolliset kehittämisideat akuuttihoitokoulutuksen suhteen. Opinnäytetyön tulosten perusteella akuuttihoitokoulutukseen oltiin suurelta osin tyytyväisiä. Lähestulkoon kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että tällaisia koulutuksia tulisi järjestää jatkossakin. Suurin osa oli sitä mieltä, että koulutuksessa tuli opittua uusia asioita. Kaikkiin koulutuksen eri osa-alueiden teoriaosioihin oltiin tyytyväisiä. Käytännön harjoituksia sen sijaan olisi haluttu paljon enemmän. Akuuttihoitokoulutuksen pitäisi olla myös kaikille ryhmille samanlainen, sillä vastauslomakkeista selvisi, että joissakin ryhmissä ei ollut jostakin osa-alueesta lainkaan käytännön harjoituksia, tähän oltiin kovin pettyneitä. Olisi siis tärkeää, että kaikille osallistujille järjestettäisiin yhdenmukainen koulutus, riippumatta siitä kuka koulutuksen pitää.

Tiloihin ja välineisiin oltiin myös suurelta osin tyytyväisiä, mutta avoimissa kysymyksissä tuli esiin koulutusvälineiden huono kunto. Vastaajat toivoivatkin ehjiä ja parempia välineitä, toiveena olivat myös samanlaiset välineet, kuin osastoilla on käytössä. Ryhmäkokoon oltiin todella tyytyväisiä, ja myös se, että osallistujat olivat eri

osastoilta, koettiin positiiviseksi, sillä se teki koulutuksesta monipuolisemman. Koulutuksesta koettiin olevan hyötyä myös käytännön hoitotyöhön, se oli tuonut lisää varmuutta työskennellä, sen avulla osaa tarkkailla potilaan tilaa erilaisilla ja myös ker-tauksen koettiin palauttavan asioita mieleen.

Yleisesti ottaen toivottiin enemmän aikaa ja enemmän käytännön harjoituksia, mutta ennen kaikkea tällaiset koulutukset koettiin todella tarpeellisiksi. Akuuttihoitokoulu-tuksen nykyisiin osa-alueisiin oltiin tyytyväisiä, ja samankaltaista sisältöä toivottiin tuleviinkin koulutuksiin. Ainoastaan yksittäisiä toiveita oli, mitä haluttaisiin tulevaan koulutukseen. Lähes kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että tällaisia koulutuksia tulisi järjestää vähintään vuoden välein.

Opinnäytetyön toisessa tutkimusongelmassa haettiin vastausta kysymykseen: Minkä-laista täydennyskoulutusta hoitajat arvioivat tarvitsevansa? Lähes kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että elvytettävän potilaan hoidosta tarvitaan täydennyskoulutusta. Suurin osa vastaajista oli myös sitä mieltä, että hengitysvaikeuspotilaan ja sepsispoti-laan hoidosta tarvitaan täydennyskoulutusta. Hypoglykemiapotilaan hoidon kohdalla täydennyskoulutuksen tarve jakoi mielipiteitä, puolet vastaajista kaipaisi täydennys-koulutusta, kun taas puolet koki hallitsevansa hypoglykemiapotilaan hoidon. Kaikki vastaajat olivat motivoituneita osallistumaan täydennyskoulutukseen. Suurin osa vas-taajista koki, että pystyy itse vaikuttamaan siihen, mihin koulutuksiin osallistuu. Suu-rin osa vastaajista oli myös sitä mieltä, että työkaverit kannustavat osallistumaan koulutuksiin. Osaston kiireiden ei koettu suurelta osin estävän koulutuksiin osallis-tumista. Ristiintaulukoinnilla testattiin taustamuuttujien merkitystä täydennyskoulu-tustarpeeseen. Työkokemuksella ei ollut vaikutusta täydennyskoulutustarpeeseen, suurin osa vastaajista halusi täydennyskoulutusta jokaisesta akuuttihoitokoulutuksen osa-alueesta riippumatta siitä, kuinka kauan oli ollut töissä terveydenhuollossa. Täy-dennyskoulutuksia pidetään tarpeellisina ja niihin halutaan osallistua, mikä käy myös ilmi Grönmarkin ja Karvosen opinnäytetyöstä (2006).

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Tutkimusta tehdessä pyritään aina välttämään virheet, siitä huolimatta tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Tästä syystä tutkimuksen luotettavuutta yritetään arvioida. Tähän arviointiin on käytössä erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. Tutkimuksen reliabiliteetilla (tarkkuus) tarkoitetaan tulosten toistettavuutta. Mittauksessa tai tutkimuksessa sillä tarkoitetaan kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Validiteetti eli pätevyys arvioi mittarin tai tutkimuksen kykyä mitata sitä, mitä on tarkoitus mitata. (Hirsjärvi ym. 2004, 216.)

Mittarin luotettavuus on äärimmäisen tärkeää kvantitatiivisessa tutkimuksessa, sillä tutkimustulosten luotettavuus riippuu käytetyn mittarin luotettavuudesta. Mittarin on oltava siis tarkka ja täsmällinen ja sen on mitattava juuri sitä, mitä halutaan mitata. Mittarin esitelmä on tärkeä tekijä validiteetin arvioinnissa ja esitelmä on tärkeää etenkin, kun on kyseessä uusi mittari. Luotettavuutta lisää reliabiliteetti ja validiteetti. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 206-207.)

Tässä opinnäytetyössä tulosten ajatellaan olevan luotettavia ja pysyviä, sillä vastaajat olivat satunnaisesti valittuja, joten heitä ei valikoitu tietysin perustein, vaan kaikilla oli yhtä suuri mahdollisuus tulla valituksi. Vastaukset olivat myös selkeitä, eikä niissä ollut tulkinnan varaa, joten niitä voi pitää luotettavina ja pysyvinä. Opinnäytetyöllä oli kuitenkin vain yksi tekijä, joten tulokset voivat olla yksipuolisia. Työkokemuksen kohdalla olevaa mitta-asteikkoa ei voida pitää täysin luotettavana, sillä siinä asteikot eivät ole täysin oikeanlaisia. Siinä esiintyy sama luku aina kaksi kertaa, joten sitä ei voida pitää täysin luotettavana, koska ei voida tietää ovatko vastaajat valinneet juuri oikean asteikon kuvaamaan työkokemustaan. Tämä huomattiin kuitenkin vasta tulosten analysointi vaiheessa, jolloin asiaan ei voitu enää vaikuttaa. Suurin osa vastaajista oli kuitenkin työskennellyt terveydenhuollossa yli 15 vuotta, saatua tulosta voidaan pitää luotettavana.

Tutkimuslupa anottiin Satakunnan sairaanhoitopiiriltä, Satakunnan sairaanhoitopiirin omalla opinnäytetyön lupahakemuksella marraskuun lopussa ja lupa myönnettiin nopeasti 2.12.2011. Yhteys henkilön kanssa tehtiin myös kirjallinen sopimus opinnäytetyön tekemisestä.

Opinnäytetyötä varten tehty kyselylomake rakennettiin teorian ja akuuttihoitokoulutuksen pohjalta yhdessä ohjaavan opettajan ja osasto A5:n osastonhoitajan kanssa. Osastonhoitaja sai alustavan version kyselylomakkeesta ja hänen kommenttinsa perusteella tehtiin muutama muutos ja lisäys lomakkeeseen, jotta kyselylomake vastasi työelämän tarpeita. Kyselylomakkeen täydennyskoulutusta koskevaan osioon käytettiin apuna Timosen (2007) hoitajien täydennyskoulutusta koskevaa tutkimusta. Kyselylomakkeen kysymyksillä haettiin vastausta tutkimusongelmiin. Mittari mittasi juuri niitä asioita, mitä oli tarkoituskin mitata, joten se lisää opinnäytetyön luotettavuutta. Sain myös hyvin vastauksia, joten aineisto oli riittävä kuvaamaan perusjoukkoa. Kyselylomake esiteltiin osastonhoitajilla ja siihen tehtiin heidän haluamansa muutokset. Esittelin myös kyselylomakkeen suunnitteluseminaarissa, jolloin sitä hiottiin muiden opiskelijoiden ja ohjaajan kanssa.

Pelkästään se, että valitaan tietty aihe tutkimukselle, on eettinen ratkaisu. Tutkittava kohderyhmä liittyy myös etiikkaan. Tutkimukseen osallistumisen on oltava vapaaehtoista, ketään ei voi pakottaa osallistumaan tiettyyn tutkimukseen, osallistujat voivat myös perua osallistumisensa tutkimukseen. (Hirsjärvi ym. 2004, 26-27.)

Opinnäytetyötä tehdessä otettiin huomioon eettiset periaatteet. Tutkimussuunnitelmasta kävi ilmi miten aineisto käsitellään, hävitetään ja miten kohderyhmää informoidaan. Tutkimusaineisto käsiteltiin ja säilytettiin täysin luottamuksellisesti, opinnäytetyön tekijälle ei missään vaiheessa paljastunut vastaajien henkilöllisyys. Vastauslomakkeet tuhottiin silppurissa sen jälkeen, kun ne oli analysoitu eikä niitä tarvittu enää opinnäytetyön tekemiseen. Myös vastaajien saamasta saatekirjeestä selvisi, että kyselyyn vastaaminen oli täysin vapaaehtoista, vastaajien henkilöllisyys ei paljastu missään vaiheessa ja että vastauslomakkeet hävitetään asianmukaisesti vastausten analysoinnin jälkeen. Saatekirjeestä selvisi myös opinnäytetyön tarkoitus.

6.3 Johtopäätökset

Tulosten perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset:

1. Akuuttihoitokoulutukseen oltiin suurelta osin tyytyväisiä.
2. Vastaavanlaisia akuuttihoitokoulutuksia toivotaan järjestettävän jatkossakin.
3. Akuuttihoitokoulutukseen toivotaan enemmän käytännön harjoituksia, parempia välineitä sekä enemmän aikaa.
4. Akuuttihoitokoulutuksen sisällön pitäisi olla yhtenäinen kaikille osallistujille, kouluttajasta riippumatta.
5. Eniten täydennyskoulutusta halutaan elvytyksestä.
6. Hoitajat ovat todella motivoituneita osallistumaan täydennyskoulutukseen.

6.4 Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyötä tehdessä nousi esiin yksi mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe. Mielestäni todella tärkeää on, että tällaisia koulutuksia järjestetään jatkossakin, joka oli myös kyselyyn vastaajien kanta. Mielestäni Säämäsen tutkimusta (2004) voisi hyödyntää tulevaisuudessa. Akuuttihoitokoulutukseen osallistujien lähtötasoa testattaisiin alussa, jonka jälkeen järjestettäisiin akuuttihoitokoulutus. Koulutuksen jälkeen testattaisiin heti hoitajien tietoja ja taitoja opitusta koulutuksesta. Lopuksi voisi tehdä vielä loppumittauksen tietyn ajan kuluttua. Tekemässäni kyselyssä selvitettiin hoitajien näkemyksiä akuuttihoitokoulutuksesta. Tulevaisuudessa voitaisiin selvittää hoitajien käytännön osaamista ja kehittymistä käytännön taidoissa tietyn ajan sisällä. Täten saataisiin realistista tietoa siitä, millaisia kehittämistarpeita hoitajilla on ja millaista hyötyä koulutuksista on.

LÄHTEET

Aho, T. & Lahdensuo, A. 2004. Keuhkohtaumataudin käypä hoito-suositus. [viitattu 21.3.2012] Saatavissa: www.kaypahoito.fi

Castrén, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopenan P. & Westergård, A. 2009. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki. WSOY.

Castrén, M., Kinnunen, A., Paakkonen, H., Pousi, J., Seppälä, J. & Väisänen, O. 2002. Ensihoidon perusteet. Keuruu. Otava.

Haahtela, T. 2010. Anafylaksian ensiapu ja hoito. [viitattu 21.3.2012] Saatavissa www.terveysportti.fi

Hengityслиiton www-sivut [viitattu 27.02.2012] Saatavissa: www.heli.fi

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi

Ikola, K. 2007. Elvytys ja elvytetyn hoito. Tampere. Duodecim.

Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. 2008. Ensihoito. Jyväskylä. Tammi.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 [viitattu 8.11.2011] Saatavissa: www.finlex.fi

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva. WSOY.

Piazza, G. 2009. First Aid manual. American College of Emergency Physicians.

Ranta, I. 2011. Sairaanhoidaja asiantuntijana - Hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki. Suomen sairaanhoidajaliitto ry.

Sairaanhoitajaliiton www-sivut [viitattu 8.11.2011] Saatavissa:
<http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/>

Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut [viitattu 10.4.2012] Saatavissa:
<http://www.satshp.fi>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen täydennyskoulutusohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Suikkala, A. 2004. Sairaanhoitajan kliininen urakehitys. Sipoo. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Diabeteksen käypähoito työryhmä. 2009. Hypoglykemian hoito. [viitattu 21.3.2012] Saatavissa <http://www.kaypahoito.fi>

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistyksen asettama työryhmä. 2006. Äkillisen hengitysvajauden käypähoitosuositus. [viitattu 21.3.2012] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi>

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. 2011. Sepsiksen Käypä hoito-suositus. [viitattu 21.3.2012] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi>

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Elvytysneuvoston, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Punaisen Ristin asettama työryhmä. 2011. Elvytyksen Käypä hoito-suositus. [viitattu 21.3.2012] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi>

Suomalaisen lääkäri-seura Duodecimin ja Suomen Keuhkolääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. 2009. [viitattu 21.3.2012] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi>

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Keuhkolääkäriyhdistys ry:n, Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n ja Suomen Kliinisen Fysiologian Yhdistys ry:n asettama työryhmä. 2006. Astman Käypä hoito-suositus. [viitattu 21.3.2012] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi>

Säämänen, J. 2004. Sydämenpysähdyspotilaan peruselvytys sairaalassa - Elvytyskoulutuksen ja taustamuuttujien yhteys sairaanhoitajien elvytystietoihin ja -taitoihin. Väitöskirja. Turku. Turun yliopisto.

Timonen, L. 2007. Hoitajien täydennyskoulutus yliopistollisen keskussairaalan kirurgisissa työyksiköissä. Tutkiva hoitotyö 4.

Terveyskirjaston www-sivut [viitattu 8.11.2011] Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi>

Therapiafennican www-sivut [viitattu 21.3.2012] Saatavissa: <http://www.therapiafennica.fi>

Valviran www-sivut [viitattu 21.3.2012] Saatavissa: <http://www.valvira.fi>

Hyvät akuuttihoitokoulutukseen osallistujat,

12.01.2012

Olen Jenna Ylikoski ja opiskelen kolmatta vuotta sairaanhoitajaksi Satamkunnan ammattikorkeakoulussa. Opintoihini kuuluu opinnäytetyön tekeminen ja sen tarkoituksena on selvittää kokemuksianne akuuttihoitokoulutuksesta. Lisäksi selvitän täydennyskoulutus tarvetta tulevaisuutta ajatellen.

Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista, eikä henkilöllisyytenne paljastu missään vaiheessa. Käsittelen vastauslomakkeita luottamuksellisesti ja ne hävitetään asianmukaisesti työn valmistuttua.

Laittakaa vastauksenne suljettuun kirjekuoreen ja palauttakaa osastolla olevaan kirjekuoreen 30.1. mennessä.

Kiitos vastauksista ja yhteistyöstä!

Ystävällisin terveisin,

Jenna Ylikoski

Akuuttihoitokoulutus

I TAUSTAKYSYMYKSET

1. Työkokemuksesi terveydenhuollossa

1. 0 - 2 vuotta
2. 2 - 5 vuotta
3. 5 - 10 vuotta
4. 10 - 15 vuotta
5. > 15 vuotta

2. Oletko aikaisemmin osallistunut vastaavanlaiseen akuuttihoitokoulutukseen?

1. Kyllä, minä vuonna? _____
2. En

Arvioi käymääsi akuuttihoitokoulutusta asteikolla 1-5. Ympyröi se vaihtoehto, joka kuvaa parhaiten mielipidettäsi koulutuksesta.

Täysin eri mieltä	En osaa sanoa	Täysin samaa mieltä
----------------------	------------------	------------------------

II KOULUTUSTARVE

3. Mielestäni tällaisia koulutuksia tulisi järjestää

jatkossakin.	1	2	3	4	5
--------------	---	---	---	---	---

4. Opin koulutuksessa uusia asioita.	1	2	3	4	5
--------------------------------------	---	---	---	---	---

III ELVYTYS

5. Teoriaosion sisältö oli riittävä.	1	2	3	4	5
--------------------------------------	---	---	---	---	---

6. Käytännön harjoituksia oli riittävästi.	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

7. Miten olet tähän asti ylläpitänyt elvytystaitojasi?

8. Miten kehittäisit tätä koulutuksen osa-aluetta?

IV AKUUTTI HENGITYSVAIKEUS JA C-PAP

	Täysin eri mieltä		En osaa sanoa		Täysin samaa mieltä
9. Teoriaosio oli sisällöltään riittävä akuutin hengitysvaikeuden osalta.	1	2	3	4	5
10. Teoriaosio oli sisällöltään riittävä C-PAP:n osalta.	1	2	3	4	5
11. Käytännön harjoituksia oli riittävästi.	1	2	3	4	5
12. Miten kehittäisit tätä koulutuksen osa-aluetta?					

V HYPOGLYKEMIA

13. Teoriaosio oli sisällöltään riittävä.	1	2	3	4	5
14. Miten kehittäisit tätä koulutuksen osa-aluetta?					

VI SEPSIS

15. Teoriaosio oli sisällöltään riittävä.	1	2	3	4	5
16. Miten kehittäisit tätä koulutuksen osa-aluetta?					

VII KOULUTUSTILAT, VÄLINEET JA RYHMÄKOKO

17. Koulutustila oli koulutukseen sopiva.	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

- Missä koulutus tapahtui? _____

- | | Täysin
eri mieltä | | En osaa
sanoa | | Täysin samaa
mieltä |
|--|----------------------|---|------------------|---|------------------------|
| 18. Välineet olivat koulutukseen sopivat. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Tilat olivat riittävät käytännön harjoitusten
toteuttamiseen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Välineet olivat riittävät käytännön harjoitusten
toteuttamiseen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Onko sinulla kehittämisideoita tilan ja välineiden suhteen? | | | | | |

VIII RYHMÄ

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 22. Ryhmäkoko oli sopiva. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Ohjattiinko mielestäsi ryhmän toimintaa hyvin
käytännön harjoituksissa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Miten koit sen, että osallistujat olivat eri osastoilta? | | | | | |

IX YLEISTÄ

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 25. Teorian läpikäymiseen oli varattu
aikaa riittävästi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Käytännön harjoituksiin oli varattu
aikaa riittävästi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Minkälaista hyötyä koulutuksessa opetuista asioista on ollut käytännön hoitotyössä? | | | | | |

28. Tähän voit antaa vapaasti palautetta koko akuuttihoitokoulutuksesta.

29. Millaisia sisältöalueita haluaisit seuraavaan akuuttihoitokoulutukseen?

30. Minkälaisin aikavälein akuuttihoitokoulutusta tulisi mielestäsi uusia?

X TÄYDENNYSKOULUTUKSESTA YLEISESTI

Koen tarvitsevani lisäkoulutusta seuraavista osa-alueista:

	Täysin eri mieltä		En osaa sanoa		Täysin samaa mieltä
31. Hypoglykemiapotilaan hoito	1	2	3	4	5
32. Elvytettävän potilaan hoito	1	2	3	4	5
33. Hengitysvaikeuspotilaan hoito	1	2	3	4	5
34. Sepsispotilaan hoito	1	2	3	4	5
35. Olen hyvin motivoitunut täydennyskoulutukseen	1	2	3	4	5
36. Pystyn itse vaikuttamaan siihen, mihin koulutuksiin osallistun.	1	2	3	4	5
37. Osastoni muut työntekijät kannustavat osallistumaan koulutuksiin.	1	2	3	4	5
38. Osaston kiireiden takia on vaikea päästä osallistumaan koulutuksiin.	1	2	3	4	5
39. Mitä toivomuksia sinulla on täydennyskoulutuksen suhteen? (sisältö, kesto, paikka ym.)					

Kiitos vastauksistasi ja yhteistyöstä!