

HERÄÄMÖ

Kokonaisvaltaista tarkkailua ja laadukasta hoitoa

Salli Hurri

Iida Lahtinen

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2012
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

HURRI, SALLI & LAHTINEN, IIDA
Heräämö - kokonaisvaltaista tarkkailua ja laadukasta hoitoa

Opinnäytetyö (40 sivua) liitteet (19 sivua)
Maaliskuu 2012

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä opas hyvästä heräämöhoidosta eräälle Pshp:n leikkausosastolle. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää työntekijöiden työskentelyä heräämössä ja tätä kautta nostaa heräämöhoidon profiilia. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, mitä on hyvä heräämöhoito ja mitä ammattitaitoiselta heräämöhoitajalta vaaditaan. Lisäksi selvitimme minkälainen on hyvä opas. Menetelmänä käytimme tuotokseen painottuvaa työskentelytapaa.

Opinnäytetyön tuotoksessa käsitelimme niitä hoitotyön osa-alueita, jotka kuuluvat leikkauspotilaan heräämöhoidon. Tuotoksessa tuotiin esiin heräämöhoidon olevan laaja-alaista ammatillista osaamista vaativa työyksikkö, jossa haastava työ asettaa myös työympäristölle tiettyjä vaatimuksia. Heräämössä potilaan kanssa tulee keskustella potilaan voinnista ja reagoida nopeasti potilaan tilassa tapahtuviin muutoksiin. Potilaan voinnissa tapahtuvia muutoksia sairaanhoitaja havainnoi tarkkailemalla erilaisia viitearvoja sekä potilaan ulkoista olemusta. Hengityksen tarkkailussa sairaanhoitaja huomioi happisaturaatioarvon, hengityksen luonteen sekä potilaan ihon värin. Verenkiertoa ja sen riittävyyttä tulkitaan EKG- käyrän kautta sekä reagoimalla verenpaine- ja pulssitasossa tapahtuviin muutoksiin. Heräämöhoidon aikana anestesia-aineet poistuvat potilaan elimistöstä, mikä edellyttää sairaanhoitajalta potilaan tajunnantasossa tapahtuvien muutoksien aktiivista seuranta. Heräämöhoidon aikana potilailla ilmenee toisinaan pahoinvointia, jota sairaanhoitajan tulee osata ennakoida ja lääkittää tarvittaessa. Leikkaus myös aiheuttaa potilaan elimistössä lämmön laskua, joten tärkeä osa heräämöhoitoa on huomioida potilaan lämpötila. Nestehoidon riittävyyttä sairaanhoitaja tarkkailee seuraamalla verenpainetta, diureesia ja mahdollisia vuotoja. Leikkausalueelta tulee huomioida heräämöhoidon aikana jatkuvasti, jotta mahdolliset vuodot havaittaisiin. Tärkeä osa tuotosta on kivunhoidon eri osa-alueiden huomiointi heräämössä. Lisäksi korva-, nenä-, kurkku-, suu- ja leukakirurgisen potilaan hoidossa on tiettyjä erityispiirteitä, jotka tulee huomioida heräämöhoidon aikana. Tuotoksessa tulee myös ilmi, miten yksilöllisyys ja potilasturvallisuus ovat osa hyvää heräämöhoitoa.

Opinnäytetyön tavoitteena oli, että työelämäyhteys hyötyisi tuotoksesta ja voisi kehittää sen avulla omaa heräämöhoitoaan. Jatkossa voisi tutkia onko opinnäytetyömme vaikuttanut osaston heräämön toimintaan ja onko sitä hyödynnetty esimerkiksi perehdytystilanteissa.

Avainsanat: Heräämöhoito, ammatillisuus, potilasturvallisuus, yksilöllisyys

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
School of Health care
Degree programme in Nursing and Health care

HURRI, SALLI & LAHTINEN, IIDA
Recovery room - comprehensive observation and high-quality care

Bachelor's thesis (40 pages) (19 appendices)
March 2012

The purpose of this thesis was to make the guide from the good recovery room care to a surgery unit of Pshp. The objective of the thesis was to develop the workers' working and this way raise the profile of the recovery room care. The tasks of the thesis were to find out what is good recovery room care and what is required of a skilled recovery room nurse. Also we clarified what kind of good guide material is. We used a working method which is emphasized to the output.

The output of our thesis considers those nursing fields which are important in recovery room nursing. Recovery room care is work unit which requires wide knowledge of several components of nursing. We have closely payed attention to following things: breathing, circulation, consciousness, nausea, temperature, fluid balance, pain treatment and surgery wound. We have dealt with these components from point of view of an observation and care.

The objective this thesis was help unit to develop their own recovery room nursing. In future someone could find out if the output has been any useful.

Keywords: Recovery room care, professionalism, patient safety, individuality

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	8
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	9
3.1 Heräämöhöhoito	10
3.2 Potilasturvallisuus	10
3.3 Yksilöllisyys hoitotyössä.....	11
3.4 Ammattitaitoinen hoitaja	12
3.5 Opas	13
4 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ	14
4.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö.....	14
4.2 Opinnäytetyön toteutuksen vaiheet	15
4.3 Tuotoksen ulkoasu ja sisältö.....	16
5 HERÄÄMÖ HOITOYMPÄRISTÖNÄ	17
5.1 Valaistus	17
5.2 Ilmastointi, lämpötila ja ilmankosteus.....	17
5.3 Pintamateriaalit.....	18
6 HERÄÄMÖN VALVONTALAITTEISTO	19
6.1 Pulssioksimetri	19
6.2 Verenpainemittari	20
6.3 Ekg-monitori	20
6.4 Hapenantovälineet ja imuyksikkö	21
6.5 Korva-, nenä-, kurkku-, suu- ja leukakirurgisen heräämön erityistarpeet.....	21
7 POTILAAN TARKKAILU JA HOITO HERÄÄMÖSSÄ.....	22
7.1 Hengityksen tarkkailu ja hoito	22
7.2 Verenkierron tarkkailu ja hoito	23
7.3 Tajunnantason tarkkailu ja hoito	23
7.4 Pahoinvoinnin tarkkailu ja hoito	24
7.5 Lämpötasapainon tarkkailu ja hoito	24
7.6 Nestetasapainon tarkkailu ja hoito	25
7.7 Leikkausalueen tarkkailu ja hoito.....	25
7.8 Korva-, nenä-, kurkku-, suu- ja leukakirurgisen potilaan tarkkailu	25
8 LEIKKAUKSEN JÄLKEINEN KIVUN HOITO	27
8.1 Kivun arviointi heräämössä.....	28
8.1.1 Kivun arviointi korva-, nenä-, kurkku-, suu- ja leukakirurgisen potilaan heräämöhoidossa.....	29

8.2 Kivun hoito.....	29
8.2.1 PCA- pumppu	31
9 TURVALLISTA HOITOA YKSILÖLLISESTI	32
9.1 Yksillöllinen hoitotyö heräämössä	32
9.2 Potilasturvallisuus heräämössä.....	32
10 PÄÄTÄNTÄ	33
LÄHTEET.....	35
LIITTEET	37

1 JOHDANTO

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559) määrittää, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet. Tämä ammattitaito tulee näkyä sairaanhoitajan työskentelyssä hänen toimiessaan heräämössä. Työskentely heräämössä vaatii työntekijältä jatkuvaa itsensä kehittämistä ja tietotaidon päivittämistä. Jyrkisen tekemän Pro gradu –tutkielman (2010, 33, liite 1) mukaan perioperatiiviset sairaanhoitajat kokivat lisäkoulutuksessa omaksutun teoreettisen tiedon kasvattaneen heidän omaa ammattitaitoaan, huolimatta siitä, että usealla oli takanaan jo pitkä työura. Kaikki tutkimuksessa haastatellut henkilöt olivat sitä mieltä, että lisäkoulutuksen kautta he saivat varmuutta ja uutta sisältöä työhönsä. Opinnäytetyömme käsittelee heräämöhoidon periaatteita ja sairaanhoitajan ammatillista osaamista korva-, nenä-, kurkku-, suu- ja leukakirurgisten leikkauspotilaiden kohdalla. Heräämössä työskentelevän sairaanhoitajan tulee omata laaja teoreettinen tietotaito, jota tulee kyetä soveltamaan käytännön hoitotyössä. Oma opinnäytetyömme voi myös toimia työn kehittämisen apuvälineenä ja mahdollisesti herättää keskustelua lisäkoulutuksen tarpeesta.

Leikkaus on toimenpide, joka tuottaa kohteelleen kipua heti akuutissa postoperatiivisessa vaiheessa. Leikkaukseen liittyvä kudosaivaurio ja leikkauksen laajuus määrittelevät kivun tunnetta. Ihmiset kokevat kipua hyvin yksilöllisesti ja eri tavoin. Tämän vuoksi kivun ja sen hoidon seuranta on tärkeää. (Halla-aho & Kähkönen 2007.) Heräämössä iso osa kivun hoidosta tapahtuu voimakkaiden kipulääkkeiden, opioidien avulla. Opioidia käytetään keskivaikean ja vaikean kivun hoidossa. Opioidit ovat useimmiten tehokkaita sekä äkillisen että pitkäaikaisen kivun hoidossa. Leikkauksen jälkeinen akuutin kivun hoito on tavallinen opioidien käyttöindikaatio. (Huotari 2009.) Kivun hoidon korostuminen näkyy erityisesti leikkauksen jälkeisessä hoidossa heräämössä. Heräämössä kivun kokemukset voivat olla hyvinkin voimakkaita ja siksi opinnäytetyössämme tuomme esiin kivunhoidon tärkeyttä ja sen osa-alueiden määrittelyä heräämöhoidossa.

Menetelmänä käytämme tuotokseen painottuvaa työskentelytapaa. Tuotokseen painottuva opinnäytetyö tavoittelee ammatillisessa kentässä käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Tuotokseen painottuvassa

opinnäytetyössä on tarkoitus toteuttaa tuote, opas tai ohjeistus tietylle kohderyhmälle. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9.)

Opinnäytetyömme idea lähti Pirkanmaan sairaanhoitopiirin erään leikkausosaston halusta kehittää omaa heräämöhöitoään. Työelämän toiveena opinnäytetyömme suhteen on nostaa heräämöhoidon profiilia osastolla sekä motivoida hoitajia entistä parempaan työskentelyyn. Tarkoituksenamme on tehdä opas, opinnäytetyön pohjalta, johon kokoamme oppaan heräämöhoidon periaatteista edellä mainitulle osastolle. Hyvä heräämöhöito koostuu hoidollisten toimenpiteiden lisäksi yksilöllisestä, potilasturvallisesta hoidosta, jossa sairaanhoitaja osaa ilmentää ammatillista osaamistaan.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä opas hyvästä heräämöhoidosta Pirkanmaan sairaanhoitopiirille.

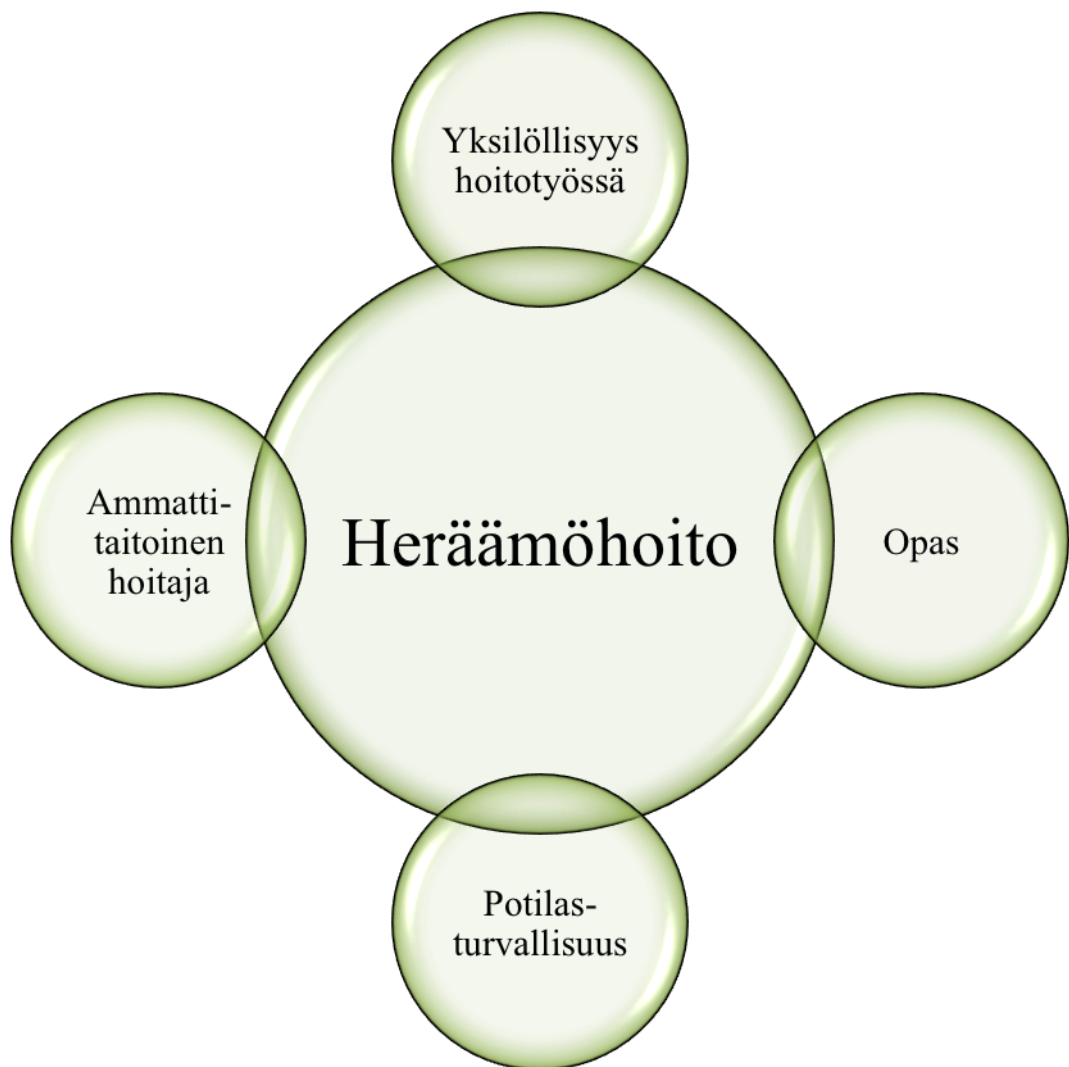
Opinnäytetyön tehtävänä on selvittää:

1. Mitä on hyvä heräämöhoido?
2. Mitä ammattitaitoiselta heräämöhoitajalta vaaditaan?
3. Minkälainen on hyvä opas?

Opinnäytetyön tavoitteena on oppaan avulla kehittää erään Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosaston työntekijöiden työskentelyä heräämössä ja tätä kautta nostaa heräämöhoidon profiilia. Hoitajien tiedon lisääminen mahdollistaa entistä yksilöllisemmän ja tehokkaamman hoitosuhteen toteutumisen. Hoitajien pitäessä yllä omaa ammattitaitoaan myös potilasturvallisuus paranee. Laadukas heräämöhoido tekee myös potilaan hoitojaksosta mielekkäämmän. Oppaan avulla haluamme korostaa heräämöhoidon merkitystä osana perioperatiivista hoitotyötä ja korostaa yksilöllisen hoitotyön toteutumista myös heräämöhoidon aikana.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyömme aiheen mukaan valitsimme keskeisimmäksi teoreettiseksi lähtökohdaksi heräämöhoidon. Heräämöhoidon ympärille olemme teoreettiseen viitekehykseen koonneet potilasturvallisuuden, yksilöllisyyden hoitotyössä sekä sairaanhoitajan ammattisuuden periaatteet. Jokaisella potilaalla on oikeus yksilölliseen hoitoon turvallisessa hoitoympäristössä. Työelämän toiveena oli saada kirjalliset ohjeet hyvästä heräämöhoidosta, jonka perusteella päätimme viimeisenä teoreettisena lähtökohtana selvittää, mikälainen on hyvä opas. (kuvio 1.)



KUVIO 1. Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat

3.1 Heräämöhoido

Idea heräämöhoidosta ja sen tärkeydestä on lähtöisin jo 1800-luvulta. Suomeen ensimmäinen leikkauksen jälkeinen valvontayksikkö, josta käytettiin nimeä heräämishuone, perustettiin Helsinkiin Marian sairaalaan vuonna 1954. Heräämishuoneen käyttöönoton jälkeen vaadittiin laajempaa ammattitaitoa hallitsevia hoitohenkilökunnan jäseniä anestesialääkärin avuksi. Aluksi heräämishuoneen tärkeyttä vähäteltiin, koska sen merkitystä ei ymmärretty kaikkialla. 1970-luvulla heräämishuonetta alettiin kutsua heräämökksi ja samaan aikaan arvostus heräämöhoidoa kohtaan lähti kasvamaan. Nykyään heräämöhoidon tärkeyttä ei enää kyseenalaisteta, vaan se on olennainen osa leikkaus- ja anes-tesiaosastoa. (Havanto & Häkämies 1996, 16-17.)

Heräämö eli valvontayksikkö on laaja-alaista ammatillista osaamista vaativa tehostetun hoidon ympäristö. Käytämme omassa opinnäytetyössämme sanaa heräämö, koska työelämäyhteyskin käyttää kyseistä muotoa. Siirto heräämöhön tapahtuu heti intraoperatiivisen vaiheen loputtua, jonka jälkeen postoperatiivinen hoitovaihe alkaa. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 360.) Heräämöhoidon päätarkoituksena on tarjota potilaalle turvallinen toipuminen anestesiasta ja minimoida anestesiasta aiheutuvat haittavaikutukset (Fairchild 1996, 370). Heräämössä potilasta tarkkaillaan ja hoidetaan niin kauan kunnes potilaan tila täyttää valvontayksiköstä siirtymisen kriteerit. Valvonta-aika on yleensä noin 1-3 tuntia, mutta vaihtelee huomattavasti potilaan voinnin mukaan. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 360.)

3.2 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuus on osa terveyden- ja sairaanhoidonlaatua. Se käsittää ne periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa potilaan turvallinen ja laadukas hoito. Potilaan näkökulmasta tämä tarkoittaa, sitä että hänen hoitonsa toteutetaan oikealla tavalla, oikeaan aikaan, ja siten, ettei siitä koidu hänelle tarpeetonta haittaa. Potilasturvallisuus käsitteenä sisältää kolme osa-aluetta: hoidon turvallisuus, laiteturvallisuus ja lääkehoidon turvallisuus. (Sahlström 2011.)

Potilasturvallisuuden edistäminen on osa sosiaali- ja terveydenhuollon laadun ja riskien hallintaa. Tämän strategian tarkoituksena on ohjata suomalaista sosiaali- ja terveyden-

huoltoa yhtenäiseen potilasturvallisuuskulttuuriin ja edistää sen toteutumista. (STM:n julkaisuja 2009). Opinnäytetyömme yhtenä päämääränä on edellisen strategian tavoin edistää ja ylläpitää potilasturvallisuutta korva-, nenä-, kurkku-, suu- ja leukakirurgisten potilaiden heräämöhoidon aikana.

Sahlströmin (2011, 46) mukaan 94% potilaista piti terveyden- ja sairaanhoitoa Suomessa turvallisena. Asiasta eri mieltä oli 4% potilaista. Tutkimuksen johtopäätöksistä selviää, että potilaat kokevat voivansa auttaa terveydenhuollon ammattilaisia ehkäisemään virheiden syntymistä ja edistämään näin oman hoitonsa turvallisuutta. Tärkeää olisi, että hoitava henkilökunta kuuntelisi aidosti potilaan mielipiteitä ja näkemyksiä. Tämän lisäksi tarvitaan yhteinen näkemys terveyden huollon toimijoiden ja potilaiden välillä siitä, millainen rooli potilailla on potilasturvallisuuden edistämisessä. Käsittelemme tarkemmin heräämön potilasturvallisuutta teoriaosuudessa.

3.3 Yksilöllisyys hoitotyössä

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) määrittää, että jokaisella potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilaan hoitoa suunniteltaessa ja häntä hoidettaessa on potilasta kohdeltava siten, että hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilaan yksilöllisessä hoidossa on mahdollisuuksien mukaan huomioitava potilaan oma äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa.

Terveydenhuoltoalan ammattihenkilöillä on ammattietiikkansa ja ammattitaitonsa perusteella vastuu antaa potilaalle hänen hoitoaan koskevat tiedot, jotta potilaalla on mahdollisuus näiden tietojen perusteella tehdä päätöksiä oman hoitonsa suhteen. Potilaan taustojen tunteminen on potilaan yksityisyyden säilymisen kannalta tärkeää. (Kygäs & Hentinen 2009, 49-50.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) määrittää myös, että terveydenhuollon ammattihenkilö tai muu terveydenhuollon toimintayksikössä työskentelevä taikka sen tehtäviä suorittava henkilö ei saa ilman potilaan kirjallista suostumusta antaa sivulliselle potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja. Kygäs ja Hentinen (2009) toteavat kirjassaan Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö, että potilaan yksityisyyttä rikotaan silloin, kun hänen henkilökohtaisia tietoja luovutetaan sellaisille tahoille, joihin potilas ei ole antanut suostumusta.

3.4 Ammattitaitoinen hoitaja

Jokaisella sairaanhoitajalla on lakiin perustuen oikeus harjoittaa sairaanhoitajan ammattia (Kassara ym. 2005, 17). Sairanhoitajan työtä ohjaavat lait, asetukset ja velvollisuudet ja hänen on itse huolehdittava siitä, että hän tuntee nämä säädökset ja toteuttaa hoitotyötä näiden periaatteiden mukaisesti. Sairanhoitajan tulee aktiivisesti tarkastella omaa osaamistaan. Ellei riittävää osaamista ole, se voi näkyä työkyvyn laskuna ja epävarmuutena työtehtävissä. Riittämätön ammatillinen osaaminen heijastuu huonona työtuloksena, sitoutumattomuutena hoitoyksikön työhön ja jopa lisääntyvinä sairaslomina. Hyvä ammatillinen osaaminen lisää työssä jaksamista ja työviihtyvyyttä. (Hilden 2002, 50-51.)

Terveystieteiden ala koostuu monista eri erikoisalueista joka edellyttää sairaanhoitajalta erikoisalan tiedonhallintaa ja tiedon soveltamiskykyä. Ammattitaitoinen hoitaja arvostaa omaa ammattiaan ja työpanostaan työyksikön eri tehtäväalueilla. Tällä tarkoitetaan sairaanhoitajan positiivista suhtautumista erilaisiin työtehtäviin ja lisäksi hän omaa korkean työmoraaalin sekä työmotivaation. Ammattitaitoiselta sairaanhoitajalta vaaditaan monipuolisia auttamistaitoja. Näitä ovat mm. kuuntelemisen taito, taito olla henkisesti läsnä potilaan hoidossa, sekä kyky hyvään vuorovaikutukseen. Hyvillä muutoksenhallintataidoilla ammattitaitoinen sairaanhoitaja kykenee nopeisiin ja jopa jatkuviinkin muutoksiin sekä pystyy olemaan aktiivisesti mukana muutosprosesseissa. Tämän lisäksi työ edellyttää itsenäistä päätöksentekotaitoa ja organisointikykyä. Sairanhoitajan tulee huomioida koulutuksen antamat valmiudet ja sairaanhoitajan vastuu tehdessään päätöksiä potilaan hoidossa. Suunnitelmallisuus hoitotyössä on sairaanhoitajan oman työn kannalta sekä potilaan hoidon kannalta tärkeässä osassa hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. (Hilden 2002, 54-55.) Pyrimme omassa opinnäytetyössämme kuvaamaan niitä osa-alueita heräämössä, jotka sairaanhoitajan tulee hallita voidakseen toimia hyvällä ammattitaidolla.

3.5 Opas

Suunniteltaessa oppaan sisältöä olisi hyvä sijoittaa pääasiat oppaan alkuun, jotta lukija ymmärtää asian pääkohdat, vaikka ei perehtyisi tekstiin tarkemmin. Otsikoiden muoto-
tus tulee tehdä tarkasti, sillä luettavuuden kannalta hyvä otsikko on tekstin tärkein osa-
alue. Teksti tulee rytmittää selkeillä kappalejaoilla niin että yhdessä kappaleessa kerro-
taan yksi asiakokonaisuus. Näin lukijan on helpompi ymmärtää tekstiä. (Torokola,
Heikkinen & Tiainen 2002, 39- 42.) Käsittelemme oppaan ulkonäköä ja sisältöä vielä
tarkemmin luvussa 4.

4 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ

Tämän opinnäytetyön aiheena on hyvä heräämöhoido ja tarkoituksena on tehdä opas aiheesta eräälle Pirkanmaan sairaanhoitopiirin osastolle. Valitsimme opinnäytetyön menetelmäksi tuotokseen painottuvan opinnäytetyön. Työelämäyhteys halusi, että opasta voidaan käyttää työvälineenä ja perehdytyksen tukena. Lisäksi nousi esiin kivun hoidon tärkeys, joka on laaja kokonaisuus opinnäytetyössämme. Varsinaisesti ei ole tarkoitus luoda uutta tietoa heräämöhoidosta vaan koota jo olemassa olevasta tiedosta tiivis ja kattava opas. Opinnäytetyön valmistuttua pidämme osastolla osastotunnin ja esittelemme oppaan sisällön.

4.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö

Tuotokseen painottuva opinnäytetyö tavoittelee ammatillisessa kentässä käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Tärkeää on, että tuotokseen painottuvassa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus ja sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin. Tuotokseen painottuvan opinnäytetyön tulisi olla työelämälähtöinen, käytännönläheinen, tutkimuksellisella asenteella toteutettu ja riittävällä tasolla alan tietojen ja taitojen hallintaa osoittava. (Vilka & Airaksinen 2003, 9-10.)

Tuotokseen painottuvassa opinnäytetyössä on tarkoitus toteuttaa tuote, opas tai ohjeistus tietyille kohderyhmälle. Ilman kohderyhmää tuotokseen painottuvaa opinnäytetyötä on vaikea toteuttaa. Kohderyhmä rajaa mahdollisten valintojen joukon ja auttaa valitsemaan perustellusti tuosta joukosta sopivimman sisältövaihtoehdon. Tuotoksen on pohjaututtava myös alan teoreettiseen tietoon, jota tulee tarkastella kriittisesti. (Vilka & Airaksinen 2003, 40-42.)

4.2 Opinnäytetyön toteutuksen vaiheet

Opinnäytetyöprojektimme alkoi aiheen valinnalla tammikuussa 2011. Halusimme aiheen, joka palvelee omaa oppimistamme ja josta on mahdollista tehdä tuotokseen painottuva opinnäytetyö. Tällainen aihe löytyi jo valmiiksi annetuista Pirkanmaan sairaanhoitopiirin opinnäytetyö aiheista. Pian aiheenvalinnan jälkeen kävimme työelämäpalaverissa, jossa selkiytyi työelämän toiveet opinnäytetyötämme koskien. Lähdimme rakentamaan opinnäytetyömme runkoa niiden asioiden pohjalta, joita työelämäpalaverissa korostettiin.

Kevät kului opinnäytetyön suunnitelman tekemisessä. Suunnitelma valmistui toukuussa 2011. Ideoinnin ja suunnitelman tekemisen jälkeen keskityimme hyvien lähteiden etsimiseen ja niiden kriittiseen arviointiin. Hyvien lähteiden löytäminen oli vaikeaa, koska heräämöhoidosta ei löydy informatiivisesti kattavia lähteitä. Olemme keränneet teoriatiedon soveltaen eri kirjallisuutta. Alku syksystä aloimme todenteolla kokoamaan teoriaosuutta ja avaamaan teoreettisia lähtökohtia. Pehdyimme myös tuotokseen painottuvan opinnäytetyön periaatteisiin. Työn edetessä huomasimme, että aluksi päätetyt teoreettiset lähtökohdat eivät vastanneet sitä mitä työltämme haimme. Muokkasimme muutamaa teoreettista lähtökohtaa, jotta saimme työstämme johdonmukaisemman. Ennen joulua aloimme kehitellä ideaa siitä, minkälaisen tuotoksen haluamme toteuttaa. Vuoden vaihtuessa kartoitimme alueet, joissa oli vielä työstämistä.

Vuoden alussa oli isoja tenttejä, jotka muuttivat suunnitelmia työn aikataulun suhteen. Jouduimme laittamaan opinnäytetyö projektin hetkeksi taka-alalle. Pienestä tauosta oli paljon hyötyä, sillä sen jälkeen pystyimme katsomaan työtämme uusin silmin. Tämän kautta muokkasimme työtämme sisältörikkaammaksi. Kävimme myös osastolla haastattelemassa heräämössä työskentelevää sairaanhoitajaa. Olimme koonneet valmiiksi tiettyjä kysymyksiä mistä kaipasimme vielä lisää tietoa. Haastattelun kautta saimme muokattua omaa työtämme ja etenkin tuotoksen sisältöä juuri työelämäyhteydelle sopivaksi. Viimeistelyn työhömmä teimme harjoittelupäivien jälkeen. Valmiin työn palautimme arvioitavaksi maaliskuussa.

Vastaamme opinnäytetyömme rahoituksesta itse. Kustannukset koostuvat erilaisista tulostuksista ja valmiin opinnäytetyön kansittamisesta. Lisäksi varataan pieni summa rahaa äkillisiin tarpeisiin.

4.3 Tuotoksen ulkoasu ja sisältö

Pohdittaessa sitä miten saadaan muodostettua lukijaa houkutteleva ja kiinnostava sekä helposti luettavissa oleva tuotos tulee kiinnittää huomiota erityisesti tuotoksen ulkoasuun. Tekstiä voidaan elävöittää graafisin kuvioin, mutta kuvioiden ja taulukoiden ensisijainen tarkoitus on kuitenkin vain täsmentää kirjoitettua tietoa. (Teirilä & Jyväsjärvi 2001, 116.)

Yksinkertaista ja selkeästi koottua työtä on helppo lukea. Tekstin ulkoasun muotoilu tulee aloittaa jo työn alkuvaiheessa, jonka jälkeen on helpompi keskittyä pienten yksityiskohtien muokkaamiseen. (Järventausta, Moisala & Toivakka 1999, 111.) Pohdittaessa tekstin asiarakenteen tärkeysjärjestystä tulee tekstin pääasiallinen lähtökohta sijoittaa alkuun. Tämän jälkeen perustellaan, tulkitaan ja laajennetaan tekstin sisältöä. (Mertanen 2007, 37.)

Omassa tuotoksessamme olemme hyödyntäneet edellä mainittuja seikkoja, jotta tuotos olisi mahdollisimman miellyttävä lukea ja käyttää. Teoriaosuuteen liitettävien kuvien ja taulukoiden tarkoituksena on elävöittää tekstiä sekä tukea teoriatietoa. Tuotoksen ulkoasun lisäksi otamme sisällön muodostamisessa huomioon työelämäyhteyden toiveet siitä, mitä oppaan tulisi sisältää. Tuotoksemme sisältö on koottu teoriaosuuden pohjalta ja sisältää näyttöön perustuvaa tietoa. Tuotos on liitteenä opinnäytetyössämme. (Liite 2)

5 HERÄÄMÖ HOITOYMPÄRISTÖNÄ

Heräämön on erityisesti suunniteltu hoitoympäristö, jossa on mahdollista tarkkailla anestesista toipuvaa potilasta välittömässä postoperatiivisessa hoitovaiheessa (Fairchild 1996, 369). Heräämön tulisi sijaita leikkaussalien läheisyydessä, jotta potilaan hoidon jatkuvuus olisi turvattu. Tämä edellyttää eri yksiköiden saumatonta yhteistyötä. Heräämön tulisi taata potilaille rauhallinen ja meluton toipumisympäristö, jossa he saavat yksilöllistä hoitoa. Potilaan tehokas tarkkailu vaatii tiettyjä teknisiä laitteita ja niille tulee olla heräämössä oma tilansa. Hoitajien tulee sijoittua niin, että heillä on näköyhteys jokaiseen potilaaseen. (Lukkari ym. 2007, 360-361. ks. liite 2)

5.1 Valaistus

Potilaiden ja henkilökunnan viihtyvyyden kannalta luonnonvalo olisi ihanteellinen ratkaisu valaistusta suunniteltaessa. Lisäksi yleisvalaistuksen tulisi olla säädeltävissä ja erilaisia toimenpiteitä varten tulisi olla kohdevalaisimia. Lepo on potilaan toipumisen kannalta välttämätöntä ja siksi tulisikin välttää liian kirkkaita valoja, koska ne voivat tuntua potilaasta epämiellyttäviltä ja häiritseviltä. (Lukkari ym. 2010, 363. ks. liite 2)

5.2 Ilmastointi, lämpötila ja ilmankosteus

Potilaan uloshengityksen kautta huoneilmaan poistuu anestesiakaasuja. Tästä johtuen on huolehdittava riittävästä ilmanvaihdosta, jotta hoitohenkilökunta ei altistuisi anestesiakaasuille. Kaasujenpoistojärjestelmien tavoin joissakin yksiköissä on käytössä erillisiä kohdepoistolaitteita, joiden tehtävä on myös vähentää uloshengityskaasujen leviämistä. Heräämön ihanne lämpötila on 20-24 – asteinen huoneilma ja ilmankosteus tulee olla vähintään 40%, koska potilaiden on helpompi hengittää kosteahkoa huoneilmaa. (Lukkari ym. 2010, 363. ks. liite 2)

5.3 Pintamateriaalit

Pintamateriaalien tulee olla melua sitovia ja helposti puhdistettavia. Katto- ja seinämateriaalien valinnoilla on mahdollista vähentää meluärsytystä. Potilaiden yksityisyydestä huolehtiminen tapahtuu erilaisten kaihtimien ja verhoratkaisujen avulla, jotka suojaavat potilasta muiden katseilta, mutta sallivat tarkkailumonitorien esteettömän näkyvyyden hoitohenkilökunnalle. (Lukkari ym. 2010, 363.)

6 HERÄÄMÖN VALVONTALAITTEISTO

Suomen anesthesiologiyhdistyksellä on anestesiatoimintaa koskevat suositukset Suomessa. Potilasta tulee valvoa kokonaisvaltaisesti tätä tarkoitusta varten varustetussa valvontayksikössä, heräämössä. Valvontaa tulee jatkaa, kunnes potilas täyttää valvontayksiköstä siirtymisen kriteerit. (Rosenberg ym. 2006, 53.)

Anesthesiologiyhdistys määrittää, että jokaisella potilaspaikalla tulee olla pulssioksimetri, verenpainemittari, EKG- monitori sekä hapenantovälineistö ja imuyksikkö. Lisäksi valvontayksikössä tulee olla nopeasti saatavilla happipisteeseen liitettävissä oleva hengityspalje, kapnometri eli uloshengitysilman hiilidioksidipitoisuuden mittari, elvytyskärry tarvikkeineen mm. defibrilaattori, tarjotin tai kärry vaikeata intubaatiota varten, pleuradreenin laitto- ja imuvälineet, valmius paineella tapahtuvaan nesteensiirtoon, potilaan lämmittämismahdollisuus, lämmönmittaus, suora paineenmittaus, mahdollisuus röntgen- ja laboratoriotutkimuksiin. (Rosenberg ym. 2006, 53-54. ks. liite 2) Käsittelemme seuraavissa kappaleissa tarkemmin ne osa-alueet, joita jokaisessa heräämössä tulee olla.

6.1 Pulssioksimetri

Pulssioksimetri (SaO₂) takaa potilaan hapetuksen seurannan. Sen avulla saadaan nopeammin selville potilaan mahdollinen hapenpuute eli hypoksia kuin ulkoisten merkkien kautta, joita ovat ihon ja veren väri sekä hengitysfrekvenssi. (Groah 1996, 384.) Pulssioksimetrin anturit koostuvat valoa lähettävistä ja vastaanottavista diodeista (Rosenberg ym. 2006, 342). Laite mittaa valtimoveren happikylläisyyttä eli happisaturaatiota (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 359).

Pyykkipoikaa muistuttava anturi kiinnitetään potilaan sormeen, varpaaseen tai korvolehkeen. Mittaus tapahtuu jatkuvasti ihon lävitse, joten valonilmaisimen, joka on laitteen mittaava osa, tulee peittyä kudoksilla. Anturi yhdistetään digitaalinäyttöön, josta on mahdollista seurata arvoja reaaliaikaisesti. Normaali valtimoveren happisaturaatioarvo on 95- 99%. (Iivanainen ym. 2001, 360.)

6.2 Verenpainemittari

Heräämössä käytetään automaattista verenpaineenmittausta. Mittaus perustuu laitteen mikroprosessorin toimintaan, joka säättää mansetin painetta, rekisteröi valtimon pulssuja, laskee verenpainelukemat ja tulostaa lukemat monitorille. Laitteen käyttöönotossa tulee huomioida kuinka usein laite säädetään mittaamaan painetta ja mitkä ovat tarkoituksen mukaiset hälytysrajat kunkin potilaan kohdalla yksilöllisesti. (Iivanainen ym. 2006. 416.) Verenpaineen tavoitetaso on iästä riippumatta alle 130/85mmHg. Nuorilla aikuisilla vieläkin matalampi, 120/80mmHg. (Iivanainen ym. 2001. 413.)

Mitattaessa verenpainetta mitataan se voima, joka veren virratessa kohdistuu valtimon seinämään. Sydämen toimintavaihe vaikuttaa siihen, kuinka suuri verenpaine valtimoissa on. Korkeimmillaan verenpaine on sydämen työvaiheen eli systolisen paineen aikana ja matalimmillaan lepovaiheen eli diastolisen paineen aikana. (Iivanainen ym. 2001. 411.)

Verenpainemansetti tulee olla potilaalle oikean kokoinen. Mansetti asetetaan raajaan sellaiselle kohdalle, jossa iho on ehyt ja missä ei esiinny turvotuksia. Yleisin mansetin sijoituskohta on olkavarsi. Olkavartta käytettäessä on huomioitava, että raajan verenkierto on tarpeeksi hyvä. Mansettia ei tule laittaa raajaan, jossa on suntti tai fisteli. Raajaa johon on menossa iv- infuusio, tulee välttää mikäli mahdollista. Mikäli potilaalle on tehty rinnanpoisto, ei sen puolen raajaa tule käyttää verenpaineen mittaamiseen. (Iivanainen ym. 2001. 418.)

6.3 Ekg-monitori

Elektrokardiografia eli EKG on hyväkuntoisella potilaalla lähinnä sydämen lyöntitiheyden valvontalaite. Huonokuntoisella ja sydänsairaalla potilaalla EKG- valvonta ja siitä saatu informaatio paljastaa usein merkittävää ja hoitoa ohjaavaa tietoa. (Rosenberg ym. 2006, 343.) Muutokset elintoiminnoissa vaikuttavat herkästi sydämen sähköiseen aktivaatioon, jonka vaihtelut näkyvät EKG- käyrässä. Eteis- ja kammioaaltojen järjestys, kesto ja muoto, erityisesti repolarisaatio- eli palautumisvaihe ovat herkkiä iskemialle, autonomisen hermoston vaikutuksille, lääkaineille, elektrolyyttitasojen vaihteluille, hormonimuutoksille sekä lämpötilalle. (Mäkijärvi & Heikkilä 2003, 17.)

6.4 Hapenantovälineet ja imuysikkö

Keskuskaasuverkostoon liitetty happipistoke, johon on liitetty hapenvirtausmittari, löytyy jokaiselta potilaspaikalta. Heräämötarkkailussa olevalle potilaalle voidaan tarvittaessa laittaa lisähappi happinaamarin tai happiviiksien kautta. Heräämössä tulee olla myös happipulloja potilaskuljetusten ja toimintahäiriöiden varalta. (Korte, Rajamäki, Lukkari & Kallio 2000, 441.) (Imulaitteella saadaan aikaan suljettuun astiaan alipaine. Astiaan johdetaan letku, jonka toiseen päähän kiinnitetään tarvittava imukärki tai imukatetri. Imettävät nesteet kertyvät imupulloon, jonka täytyessä se on vaihdettava uuteen. Leikkauspotilaan hoidossa käytettävän imukatetrin tulee olla avoin ja pehmeäreunainen. Lisäksi katetreissa on limakalvoon kohdistuvien imuvaurioiden estämiseksi oltava vähintään yksi sivureikä. (Rosenberg ym. 2003, 283-284.)

6.5 Korva-, nenä-, kurkku-, suu- ja leukakirurgisen heräämön erityistarpeet

Spirium -lehden (4/2011) artikkelin mukaan varsinkin yläleukaan kohdistuviin isoihin toimenpiteisiin liittyy riski postoperatiivisesta nielun turvotuksesta. Uusintavuoto sekä turvotukset voivat yhdessä tehdä reintubaation eli uudelleen intuboimisen mahdottomaksi. Heräämössä tulisikin aina olla valmiina hätätrakeostomiavälineistö kyseisiä tilanteita varten. (Nieminen & Suoraniemi 2011. ks. liite 2)

7 POTILAAN TARKKAILU JA HOITO HERÄÄMÖSSÄ

Potilaan siirtyessä heräämööseen hänen hoitoonsa osallistuvat anestesia­lääkäri, leikkaava lääkäri ja hoitohenkilökunta. Potilaiden hoidosta heräämössä vastaa anestesia­lääkäri yhdessä yksiköstä vastaavan sairaanhoitajan kanssa. Heräämössä toimivan hoitajan tulee olla riittävästi koulutettu ja perehdytetty valvontatehtäväänsä. Hoitohenkilökunnan määrän tulee olla suhteutettu potilasmäärän ja heidän tarvitsemaansa hoidon tasoon. (Rosenberg ym. 2006, 53.) Osastolla, jolle teemme opinnäytetyömme toimii kuusipaik­kainen heräämö, jossa työskentelee kaksi sairaanhoitajaa arkipäivisin.

Tuodessaan potilasta heräämööseen leikkaussalin anestesiahoitaja luovuttaa potilasasiakir­jat ja antaa suullisen raportin potilaan voinnista anestesian ja toimenpiteen aikana poti­laasta vastaavalle heräämöhoitajalle. Heräämössä potilaasta on tarkkailtava seuraavia asioita: potilaan hapetusta ja sen riittävyttä, hengitystiheyttä, sydämen syketaajuutta ja rytmiä, verenpainetta, tajunnantaso­a, kivun voimakkuutta, lääkehoidon vaikuttavuutta, pahoinvointia, lämpö­tasapainoa, nestehoidon riittävyttä ja leikkaus­aluetta. Tarkkailta­vat kohteet sekä heräämössä tehtävät toimenpiteet kirjataan potilastietoihin. Potilaan tarkkailua jatketaan kunnes hän pystyy itse hengittämään ja muut vitaalielintoiminnot ovat vakaat. (Rosenberg ym. 2006, 54.) Olemme koonneet seuraavaksi sairaanhoitajan toimenkuvaa vastaavan tarkkailun ja hoidon heräämöympäristössä. Lisäksi jokainen näistä kappaleista on lähtökohtana oppaassa kuvatulle heräämöhoidon periaatteille.

7.1 Hengityksen tarkkailu ja hoito

Potilaan hapetusta tulee seurata pulssioksimetrin avulla. Sairanhoitaja seuraa arvoja monitorista. Sairanhoitajan tulee havainnoida potilaan hengityksen luonnetta eli arvi­oida onko hengitys pinnallista, normaalia vai syvää. Lisäksi tulee tarkkailla hengitysti­heyttä, hengityksen rytmiä sekä potilaan väriä.

Huonosti hengittävän potilaan vieressä pitää olla aina yksi hoitaja ja hengitystä tulee tarkkailla huolellisesti. Tarvittaessa sisäänhengitysilman happipitoisuutta lisätään eri­tyyppisillä happiviiksillä tai –naamareilla. Happiviiksillä virtaus ei saa ylittää yli kuutta litraa, jotta limakalvot eivät vaurioidu. (Larmila 2010, 21.) Keuhkotuuletuksen paran-

tamiseksi hoitajan tehtävänä on huolehtia potilaan pään asennosta, siten että potilaan ilmatiet pysyvät avoimena. Lisäksi potilasta voi kehottaa välillä hengittämään syvään, jotta keuhkotuuletus paranee entisestään. Jokaisen heräämössä työskentelevän hoitajan tulee osata käyttää limaimua, koska tarvittaessa ylähengitysteitä imetään hapetuksen parantamiseksi. Oikeanlaisen yskimistekniikan ohjaaminen potilaalle kuuluu myös sairaanhoitajan tehtäviin. (Lukkari ym. 2007, 366. ks. liite 2)

7.2 Verenkierron tarkkailu ja hoito

Sydänsähkökäyrän eli EKG:n seuraaminen ja sen oikea tulkitseminen on ehdoton edellytys potilaan verenkierrossa tapahtuvien muutosten huomaamiseksi. Sairaanhoitajan tulee reagoida muutoksiin ja tarkkailla säännöllisesti EKG:n laatua ja sykettä. Monitorilta näkyvän syketaajuuden lisäksi hoitaja voi tunnustella pulssia värttinävaltimosta, olkavaltimosta, kaulavaltimosta, ohimovaltimosta tai reisivaltimosta. Hyper- tai hypotensioiden eli korkean ja matalan verenpaineen havaitsemiseksi verenpainearvojen tarkkailu on olennaista. Verenpaineen laskun yhteydessä huomioidaan riittävä nesteytys ja tarvittava lääkitys. Verenpaineen nousu voi olla merkki kivusta, joten hoitajalla tulee olla valmius riittävään kivunhoitoon. Riittävästä hapetuksesta huolehtiminen on tärkeää myös verenkierron häiriöistä, koska monet verenkierron häiriöt ovat seurausta potilaan hapenpuutteesta. (Lukkari ym. 2007, 366. ks. liite 2)

7.3 Tajunnantason tarkkailu ja hoito

Nukutuksesta toipumista voidaan tarkkailla parhaiten seuraamalla potilaan tajunnantasoja ja siinä tapahtuvia muutoksia. Hoitaja arvioi potilaan uneliaisuutta ja sitä onko potilas helposti heräteltävissä. Heräämöhoidon aikana on havainnoitava onko potilas orientoitunut aikaan ja paikkaan. Hoitaja esittää kysymyksiä ja keskustelee potilaan kanssa saadakseen tietoa potilaan sen hetkisestä tajunnantasosta. Potilas saattaa olla heräämöhoidon aikana tokkurainen tai jopa sekava. Tällöin tulee selvittää onko kyse esimerkiksi anestesian aikana käytetyistä lääkkeistä, hapenpuutteesta, verensokerin laskusta tai lämpötilan radikaalista vaihtelusta suuntaan tai toiseen. Ilmateiden pitää pysyä auki ja hapetuksen tulee toimia ongelmitta, jotta vältetään tajunnantason muutoksilta. (Lukkari ym. 2007, 366. ks. liite 2)

7.4 Pahoinvoinnin tarkkailu ja hoito

Pahoinvoinnin ennaltaehkäisy on leikkauspotilaan hoidossa tärkeää ja se tulisikin ottaa huomioon jo lääkitystä suunniteltaessa. Pahoinvointia estävää lääkettä voidaan antaa potilaalle tarvittaessa jo osana esilääkitystä tai leikkauksen jälkeen. Rauhattomuus, potilaan kääntymisyriytykset, hätäntyminen tai yökkäily voivat olla ulkoisia merkkejä pahoinvoinnista. Sairaanhoitaja myös kehottaa potilasta ilmoittamaan mahdollisesta pahoinvoinnista heti oireiden ilmaantuessa. Asentohoito toteutetaan rauhallisesti, sillä nopeat liikkeet voivat laukaista oksennusrefleksin. Sairaanhoitaja arvioi jo etukäteen, miten potilas voidaan kääntää tarvittaessa kyljelleen. Lääkehoidossa huomioidaan opioideista aiheutuva mahdollinen pahoinvointi. Mikäli pahoinvointia kuitenkin ilmenee, hoitaja huolehtii potilaan lääkityksestä ja riittävästä hapen saannista venturimaskinaamarin tai happiviiksien avulla. Potilaan oksentaessa hoitaja poistaa eritteet hengitysteistä tarvittaessa imun avulla. (Lukkari ym. 2007, 367. ks. liite 2)

7.5 Lämpötasapainon tarkkailu ja hoito

Leikkaus laskee potilaan lämpötilaa ja leikkauksen jälkeen lämmönlasku voi ilmetä jopa lihasvärinä, joka on potilaalle epämiellyttävä kokemus. Lämpötasapainon ylläpitoon voidaan vaikuttaa monin eri keinoin myös heräämössä. Lämpötasapainoa seurataan tarkkailemalla pulssivaihteluita, sillä kohonnut pulssi voi kertoa lämmönhukasta eli hypotermiasta. Lisäksi kysytään potilaalta riittävän usein onko hänellä kylmä ja tarvittaessa lämpötasapainon arvioimiseen käytetään lämpömittaria, joka kertoo tarkan kehon lämpötilan. (Lukkari ym. 2007, 324. ks. liite 2)

Leikkauspotilaan lämpötasapainoa voidaan ylläpitää käyttämällä lämmitettyjä nesteitä ja nesteenlämmittimiä. Muita keinoja ovat erilaiset lämpöpeitteet, lämpöpuhaltimet tai lämpökatokset. Käytettäessä erilaisia lämmittimiä on kuitenkin huomioitava mahdollinen laitteiden ylikuumentuminen ja sen myötä palovammariski. Ylikuumentumissuojan testaus tulee varmistaa laitteiden käyttöohjeiden mukaisesti osastolla säännöllisesti. (Lukkari ym. 2007, 367, 325. ks. liite 2)

7.6 Nestetasapainon tarkkailu ja hoito

Nestehoidon tavoitteena on ylläpitää elimistön normaalia tilaa. Nestehoidossa eri elektrolyyttien ja nesteiden vajaudet korjataan ja liialliset nesteet tasapainotetaan. Nestetasapainoa ylläpidetään elimistöön tuotujen ja sieltä poistuvien nesteiden välillä. (Rautava-Nurmi ym. 2003, 44.) Oikeanlaisella nestehoidolla varmistetaan asianmukainen hapenkuljetus, jotta solujen aineenvaihdunta voisi jatkua häiriöttä. Ihmisen perusnestetarve on vuorokaudessa 30-50ml/kg. (Rosenberg ym. 2006, 363, 365. ks liite 2)

Postoperatiivinen nestehoito heräämössä koostuu lähinnä perusnestehoidosta. Mikäli potilaalle on leikkauksen jälkeen asetettu dreeni, on korvauksia jatkettava dreenerityksen mukaan. Arvioitaessa nestehoidon riittävyttä on potilaasta tarkkailtava verenpainetta, virtsan eritystä sekä mahdollisia vuotoja. Postoperatiivista vuotoa on syytä epäillä, jos potilas on kalpea, hänellä matala verenpaine tai virtsaneritys on niukkaa. (Rautava-Nurmi ym. 2010, 289. ks. liite 2)

7.7 Leikkausalueen tarkkailu ja hoito

Sairaanhoitajan tulee aktiivisesti seurata haavasuojusta sekä haava-alueen kudosturvotusta silmämääräisesti, jotta mahdolliset vuodot voidaan havaita. Verenvuotoa voi tulla haavan ulkopuolelle, mutta tärkeää on myös huomioida mahdollinen verenvuoto kudokseen eli hematoomat. Hoitajan täytyy arvioida kudoseritteen määrää, laatua ja väriä sekä huomioida myös potilaan tuntemukset leikkaushaavassa, jotta saadaan mahdollisimman hyvä kuva haava-alueen tilasta. Ihon lämpöä, väriä ja tuntoa arvioimalla pystytään seuraamaan haavaympäristön verenkiertoa sekä havainnoimaan mahdollisia paikallisen infektion oireita. Potilaan voi asettaa asentoon, joka tukee leikkaushaavaa ja vähentää mahdollista vuotoa. (Lukkari ym. 2007, 367. ks. liite 2)

7.8 Korva-, nenä-, kurkku-, suu- ja leukakirurgisen potilaan tarkkailu

Kyseisessä heräämössä hoidetaan potilaita, joiden leikkausalue sijoittuu kaulan ja pään alueelle. Tämä edellyttää tiettyjen osa-alueiden erityishuomioimista. Leikkauksen sijoituessa edellä mainitulle alueelle saattaa potilailla esiintyä postoperatiivista turvotusta

hengitysteissä. Hengityksen ja happisaturaatio- arvon tarkkailu on siis erityisen tärkeää. Potilaan mahdollista pahoinvointia pyritään ennakoimaan jo leikkaussalissa antamalla pahoinvoinnineläkkeitä. Heräämössä pahoinvoinnin ilmenemistä seurataan tarkasti ja lääkitään herkästi oireiden ilmaantuessa. Pahoinvointi voi johtaa jopa leikkaushaavan repeämiseen. (Antinmaa 2012. ks. liite 2)

Kyseisen alueen leikkaushaavat saattavat sijaita ihmisen suussa tai nenänielussa. Tämä vaikeuttaa leikkaushaavan postoperatiivista seuranta, koska vuoto ei näy ulospäin. Tällaisten potilaiden kohdalla korostuu sairaanhoitajan aktiivinen kysely potilaan voinnista. Kaularankaleikkauspotilaiden kohdalla tulee aktiivisesti seurata potilaan hengitystä, liikkuvuutta ja puristusvoimaa mahdollisten halvausoireiden havaitsemiseksi. (Antinmaa 2012. ks. liite 2)

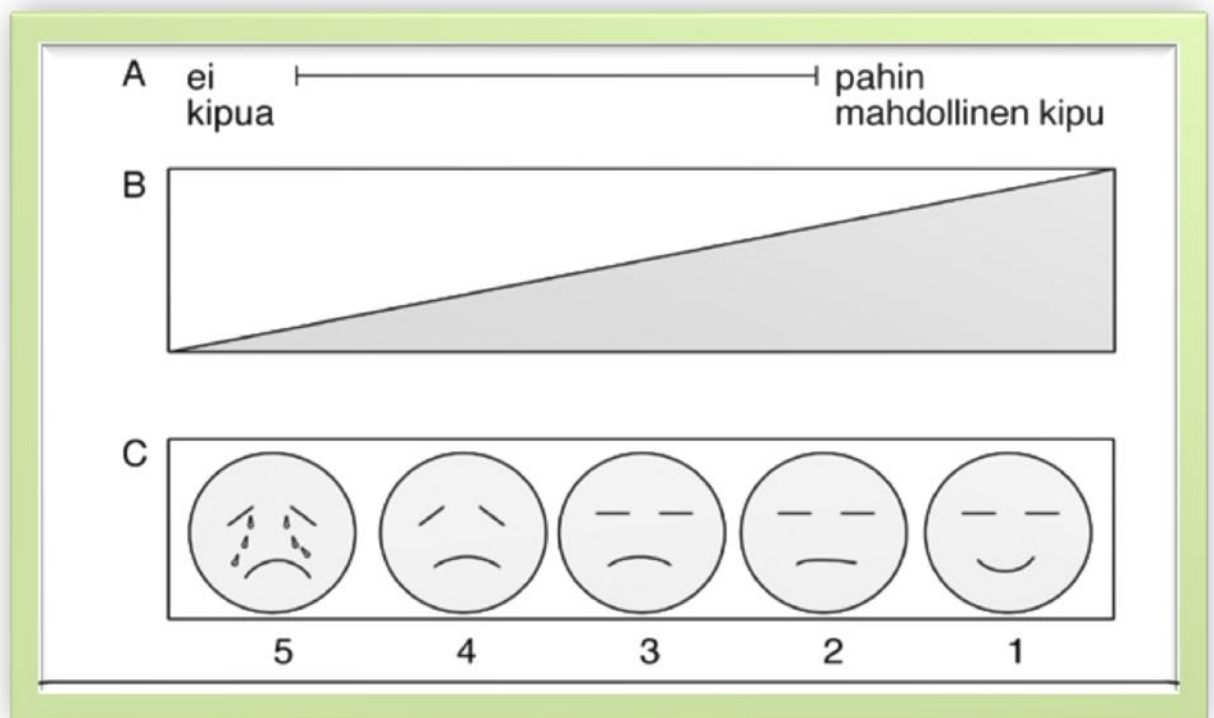
8 LEIKKAUKSEN JÄLKEINEN KIVUN HOITO

Kivun tunne välittyy elimistön kipureseptoreista sensoristen hermoratojen ja selkäytimen kautta aivoihin. Kipureseptoreita sijaitsee kaikkialla ihossa, mutta myös sisäelimsissä, mahalaukussa, suolistossa, sappiteissä, virtsateissä ja verisuonissa. Kipureseptoreita on vähän tai ei lainkaan maksassa, munuaisissa, keuhkoissa, aivoissa, rustoissa ja luissa, mutta runsaasti näitä elimiä ympäröivissä pintakalvoissa esimerkiksi vatsakalvossa. Reseptorit vastaanottavat kivun kipua aiheuttavassa kohteessa. (Korte ym. 2000, 317.)

Kivun kokeminen on yksilöllistä. Yksilön asenteet, kulttuurinen tausta ja ympäristö vaikuttavat siihen, kuinka kipu ilmenee käyttäytymisessä. Postoperatiivisen kivun osalta on olemassa kaikille yhteisiä tekijöitä, jotka vaikuttavat kivun esiintymiseen, voimakkuuteen, laatuun ja keston. Näitä ovat potilaan psykofyysinen ominaislaatu, valmistautuminen leikkaukseen, toimenpiteen kohde, luonne ja kesto, kirurgisten komplikaatioiden esiintyminen ja anestesiatekniikka. (Rosenberg ym. 2006. 838.). Leikkauksen jälkeinen kivunhoito tapahtuu tavallisimmin leikkausosaston läheisyydessä sijaitsevassa heräämössä. Heräämön sairaanhoitaja arvioi ja hoitaa kipua heti potilaan saapumisesta lähtiessä. Sairaanhoitajan omat tiedot, arviointitaidot ja asenteet vaikuttavat kuitenkin siihen, millaista kivunhoitoa potilas saa. (Lukkari ym. 2007, 372.) Selkeä vastuu- ja tehtäväjako, ajantasaiset ohjeet kivunhoidon toteutukselle, yhdenmukaiset kivun arviointimenetelmät, asianmukaiset lääke- ja hoitovälineet, riittävä koulutus ja määritellyt minimiläätekriteerit sekä niiden seuranta, edesauttavat kivunhoidon onnistumista. Hoitajien tulee tuntea kivun arviointiin ja hoitoon suunnitellut apuvälineet, osata käyttää niitä ja esitellä välineet niitä tarvitseville potilaille. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006. 11, 15-16.)

8.1 Kivun arviointi heräämössä

Potilaan oma arvio kivun voimakkuudesta on tehokkaan kivunhoidon perusta. Sairaanhoidajan aktiivinen kivun arviointi auttaa kuitenkin antamaan potilaalle yksilöllisempää juuri hänen tarpeitaan vastaavaa kivun hoitoa. (Rosenberg ym. 2006, 839.) Arvioinnissa on mahdollista käyttää erilaisia kipumittareita, joiden avulla potilaan voi olla helpompi arvioida oman kipunsa tasoa. Yleisimmin käytetty kipumittari on visuaalianalogiasteikko eli VAS. Se on 10 cm pitkä vaakasuora jana, jonka vasemmassa päässä on 0, "ei kipua" ja oikeassa 10, "pahin mahdollinen kipu". Potilas merkitsee janaan kohdan, joka vastaa hänen senhetkisen kipunsa voimakkuutta näiden kahden ääripään välillä. Lapsia varten on kehitetty kasvoasteikko, jonka viidellä eri ilmeellä kuvataan kivun voimakkuutta. Kuvallisen asteikon lisäksi voidaan myös käyttää sanallista asteikkoa (Vainio 2009. ks. liite 2) (kuvio 2).



KUVIO 2. Kipumittarit (Vainio, 2009.)

8.1.1 Kivun arviointi korva-, nenä-, kurkku-, suu- ja leukakirurgisen potilaan heräämöhoidossa

Asiantuntijahaastattelun mukaan heräämössä on käytössä VAS- asteikko. Kipumittarin käytössä tulee ottaa huomioon, että potilas on orientoitunut aikaan ja paikkaan, jotta asteikosta saadaan luotettava arvio kivun tasosta. Potilaat tuntevat kipua yksilöllisesti ja kipumittareita käytettäessä tulee niiden tuloksia arvioida kriittisesti ja yhdistää kivun arviointi kipumittarin ohella potilaan fysiologisiin muutoksiin. Lasten kivun arvioinnissa on hyvä ymmärtää lapsen ikä ja kehitystaso. Tämän voi huomioida asettamalla kysymykset lapsen iän mukaiselle tasolle. (Antinmaa 2012.)

8.2 Kivun hoito

Heräämössä kipu on usein voimakkaimmillaan, koska anestesia-aineet ovat pääosin lakanneet lievittämästä kipua (Rosenberg ym. 2006, 838). Lääkehoito on tärkein ja tavallisin postoperatiivisen kivun hoitomuoto (Korte ym. 2000. 327). Yleisimmin leikkauksen jälkeinen lääkkeellinen kivun hoito koostuu tulehduskipulääkkeestä tai paracetamolista, joihin voidaan tarvittaessa yhdistää laskimoon tai lihakseen annosteltava opioidi (Hamunen & Kalso 2009, 283).

Kävimme heräämössä työskentelevän sairaanhoitajan kanssa läpi yleisemmin käytetyt lääkkeet heidän heräämössään. Olemme koonneet kyseisistä lääkkeistä taulukon. (taulukko 1. ks. liite 2)

Kauppanimi ja vaikuttava- aine	Antoreitti	Haittavaikutukset	Vasta-aiheet
Fentanyl® 50mikrog/ml Fentanyyli	iv.	Pahoinvointi, oksentelu, lihasjäykkyys, verenpaineen lasku ja nousu, bradykardia, sedaatio	Yliherkkyys fentanyylille tai muille opioidiryhmän kipulääkkeille. Korjaamaton hypovolemia ja hypotensio, hengitysvajaus, kohonnut aivopaine.
Oxanest® 10mg/ml Oksikodoni hydrokloridi	iv.	Hengityslama, huijaus, levottomuus, päänsärky, hikoilu, pahoinvointi, oksentelu, ummetus, virtsaamisvaikeudet	Yliherkkyys oksikodonille tai valmisteen muille aineosille. Akuutti, vaikea keuhkoastma, hengityslama, eritteen kertyminen hengitysteihin, alkoholin tai unilääk-

			keiden aiheuttamat levottomuustilat, kohonnut kallonsisäinen paine, kooma, paralyttinen ileus.
Petidin meda® 50mg/ml Petidiinihydrokloridi	im. / iv.	Pahoinvointi ja oksentelu, huimaus, suun kuivuminen. Hengityslama, urtikaria, sappitiefasmi	Hengityslama. Alkoholin tai unilääkkeiden käyttöön liittyvät levottomuustilat.
Perfalgan® 10mg/ml Parasetamol	iv.	Harvinaisia tai erittäin harvinaisia: Pahoinvointi, Hypotensio, Trombosytopenia, Leukopenia, Neutropenia, Suurentunut maksan transaminaasipitoisuus, yliherkkyysreaktio	Yliherkkyys parasetamolille tai propasetamolihydrokloridille tai jollekin apuaineelle. Potilaat, joilla on vaikea hepatosellulaarinen vajaatoiminta.
Orudis® 50 mg/ml Ketoprofeeni	im. / iv.	Yleisimmät: Pahoinvointi, oksentelu, vatsakipu, ylävatsakipu Päänsärky, huimaus, uneliaisuus	Mikäli on aiemmin esiintynyt yliherkkyysreaktioita tulehduskipulääkkeille, vaikea-asteinen sydämen vajaatoiminta aiemmin sairastettu ruuansulatuskanavan verenvuoto (joka on liittynyt tulehduskipulääkkeiden käyttöön), akuutti maha- tai pohjukais-suolihaava tai siihen liittyvä verenvuoto, vaikea maksan ja munuaisten vajaatoiminta, viimeinen raskauskolmannes, verenvuototaipumus, aivoverisuonten vuoto tai jokin muu verenvuoto.

TAULUKKO 1. Heräämössä yleisesti käytössä olevat kipulääkkeet (Lääketietokanta 2012).

1.1.1

1.1.2 8.2.1 PCA- pumppu

PCA- pumppu eli patient controlled analgesia on laite, jonka kautta potilas voi itse annostella kipulääkettä. PCA- pumpun kautta annosteltavat lääkkeet ovat opioideja ja kerta-annos on ennalta määritelty yksilöllisesti. PCA- pumpun käytössä tulee huomioida sen toimintaa ohjaavat periaatteet, jotka estävät potilasta saamasta opioidiyliannostusta. Laitteeseen kuuluvat ainakin seuraavat säädöt: konsentraatio, kerta-annoksen suuruus, lukitusaika (aika jonka kuluessa laitteesta ei saa laukaistua lisää kipulääkettä), kerta-annosten lukumäärä tai opioidin annos tunnissa. Suunniteltaessa PCA- pumpun käyttöä tulee miettiä, onko potilas orientoitunut käyttämään laitetta. PCA- pumppu ei sovellu potilaille joiden yhteistyökyky on huono, joilla on uniapnea tai päihderiippuvuus. Vanhusten kohdalla tulee miettiä tarkkaan, onko heillä valmiuksia käyttää laitetta. (Hamunen & Kalso 2009, 288-299. ks liite 2) Osastolla jonne teemme opinnäytetyömme PCA-pumppu on käytössä sellaisilla potilailla, jotka ovat sitä orientoituneita käyttämään ja joilla on oletettavasti kovaa leikkauksen jälkeistä kipua. Tällaisia leikkauksia ovat esimerkiksi isot syöpäleikkaukset, leukojensiirtopotilaat ja ne potilaat, joilla leikkauksesta aiheutuu pitkäaikaista kipua. (Antinmaa 2012.)

9 TURVALLISTA HOITOA YKSILÖLLISESTI

Uuden terveydenhuoltolain (30.12.2010/1326) yksi tarkoitus on toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta. Terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326) määrittää, että hoidon on oltava näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin perustuvaa. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Laki määrittää myös, että terveydenhuollon toimintayksikön tulee laatia suunnitelma laadun hallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta.

9.1 Yksilöllinen hoitotyö heräämössä

Antinmaa (2012) kertoi asiantuntijahaastattelussa leikkausosaston heräämön olevan melko pieni ja sairaanhoitajia heräämöön on varattu aina kaksi kerrallaan. Antinmaa (2012 ks. liite 2) kuvasi vaikeahoitoisten potilaiden vievän enemmän hoitajan aikaa, mikä saattaa vaikeuttaa muiden potilaiden huomiointia. Esimerkiksi lapset ja monisairaat voivat viedä hoitajan aikaa paljon. Hän korosti kuitenkin jokaisen potilaan yksilöllisyyden huomioimista heräämössä. Hoidossa olisi hyvä ottaa huomioon potilaan oma persoona ja yksilöllisesti etsiä potilaan tarpeita hoitoon liittyen. Potilas tulisi myös aina kohdata tasa-arvoisesti ja hänen ihmisarvoaan kunnioittaen.

9.2 Potilasturvallisuus heräämössä

Heräämössä potilaiden lääkemääräykset tulee aina varmistaa anestesiakaavakkeelta. Ennen lääkkeen antoa varmistetaan, mikä lääke on kyseessä, jonka jälkeen vasta valmistetaan lääke. Tällainen kohdennettu lääkkeenanto vähentää virheiden tekemistä huomattavasti ja lisää siten potilasturvallisuutta. Levottoman potilaan kohdalla laivat tulisi pitää ylhäällä hänen oman turvallisuutensa varmistamiseksi. Levoton potilas voi myös häiritä muita heräämössä hoidettavia. Tällöin tulee huolehtia myös muiden potilaiden turvallisuudesta ja antaa heille rauha toipua leikkauksesta. (Antinmaa 2012. ks liite 2)

10 PÄÄTÄNTÄ

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tehdä opas hyvästä heräämöhoidosta eräälle Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosastolle. Aiheemme on lähtöisin työelämän toiveesta kehittää omaa heräämöhoidoa ja nostaa heräämöhoidon profiilia leikkausosastolla. Opinnäytetyömme työtavaksi muodostui tuotokseen tähtäävä opinnäytetyö, koska tarkoituksena oli koota leikkausosaston heräämön keskeiset asiat tiiviiksi kokonaisuudeksi oppaan muodossa. Opasta voidaan hyödyntää myös uuden työntekijän perehdyttämisessä sekä opiskelijoiden ohjauksessa. Työn suunnitteluvaiheessa pyrimme muodostamaan sellaiset tehtävät opinnäytetyöllemme, jotka vastaisivat työelämän tarpeita. Tehtäviksi muodostuivat selvittää, mitä on hyvä heräämöhoido sekä mitä ammattitaitoiselta heräämöhoidajalta vaaditaan. Lisäksi koimme myös tärkeäksi selvittää minkälainen on hyvä opas.

Tutkimuksen luotettavuus ja tutkijan omat eettiset ratkaisut kulkevat käsi kädessä. Uskottavuus perustuu siihen, että tutkija noudattaa hyviä, tieteellisesti hyväksyttäviä käytäntöjä. Vastuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta, tutkimuksen vilpittömyydestä ja rehellisyydestä on tutkijalla itsellään sekä tutkimuksesta vastaavilla tahoilla. Tästä johtuen opettajat kantavat lopullisen vastuun opinnäytetöissä oppilaittensa tutkimukseen liittyvistä eettisistä ratkaisuista. (Tuomi 2007, 143, 148-149.) Tutkittavan toiminnan luotettavuutta on syytä tarkastella huolellisesti. Tutkimuksen tieteellistä luotettavuutta ja pätevyyttä kuvataan validiteetin ja reliabiliteetin käsitteillä. Tutkimus on luotettava silloin kun se on validi ja reliaabeli silloin, kun mittausväline on tarkka. (Anttila 2005, 511.) Omaa tutkimustamme tarkasteltaessa voimme tulla siihen tulokseen, että tutkimus on tehty validisti. Lähteitä valitessamme olemme pyrkineet huomioimaan, että tieto on näyttöön perustuvaa sekä jo aiemmin tutkittua tietoa. Tiedon luotettavuus ja totuuden etsiminen ohjaavat tutkijoita noudattamaan tieteellisen tutkimuksen menetelmiä ja esittämään luotettavia tuloksia, joiden oikeellisuus voidaan tarkistaa. Tutkimusaineiston asianmukainen keruu ja sen käsittely liittyvät olennaisesti tiedon luotettavuuteen ja tarkistettavuuteen. (Kuula 2006, 24). Olemmekin tarkastelleet lähdemateriaaleja kriittisesti, jotta keräämämme tieto opinnäytetyötämme varten olisi mahdollisimman informatiivista ja ajankohtaista. Suurin osa työhömmä käytetystä ajasta on kulunut lähteiden etsimiseen. Lähteiden etsiminen heräämöhoidosta on ollut haastavaa, koska kirjallisuus itse heräämöhoidosta on ollut lähinnä pienenä osana jotakin muuta kokonai-

suutta. Oppikirjat ovat usein olleet ainoita vaihtoehtoja kun olemme kaivanneet tietoa nimenomaan heräämössä työskentelemisestä. Tutkimuksia aiheesta on tehty vähän, mutta löysimme kuitenkin muutaman tutkimuksen, jota olemme voineet hyödyntää työssämme. Tutkimuksista on taulukko liitteenä (liite 1). Kansainvälisiä lähteitä olemme pyrkineet käyttämään mahdollisuuksien mukaan. Aihetta on tutkittu myös kansainvälisesti vähän, joten tutkimuksia oli vaikea löytää. Kirjallisuudesta löysimme pari tiedollisesti käyttökelpoista lähdetä.

Mielestämme olemme saavuttaneet työllemme asettaman tarkoituksen. Onnistuimme kokoamaan kattavan, mutta samalla tiiviin kokonaisuuden heräämöhoidosta. Opasta kootessamme huomioimme kyseisessä heräämössä hoidettavien potilaiden erityistarpeet. Uskomme, että pystymme työmme kautta herättämään keskustelua kyseisellä osastolla heräämöhoidosta oleellisena osana perioperatiivista hoitotyötä. Koemme, että oppaan avulla yksikössä aloittava ja varsinkin uransa alussa oleva sairaanhoitaja voi hyödyntää opasta perehtyessään osaston heräämön toimintaan. Opinnäytetyöllemme asettamat tehtävät hyvästä heräämöhoidosta ja sairaanhoitajan ammatillisesta osaamisesta ovat työmme punainen lanka, joka kulkee mukana läpi työn. Hyvä heräämöhoido ei ole yksiselitteinen asia, vaan se koostuu monista eri hoitotyön osa-alueista mukaan lukien sairaanhoitajan oman ammatillisuuden kehittäminen.

Jatkossa voisi tutkia onko opinnäytetyömme vaikuttanut osaston heräämön toimintaan ja onko sitä hyödynnetty esimerkiksi perehdytystilanteissa. Esimerkiksi kvantitatiivisella tutkimuksella olisi mahdollista selvittää osaston sairaanhoitajien ajatuksia koskien heräämöhoidoa.

LÄHTEET

- Antinmaa, P. Sairaanhoidaja. 2012. Haastattelu 7.2.2012. Haastattelija Hurri, S. & Lah-
tinen, I. Litteroitu. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.
- Anttila, P. 2005. Ilmaisuu, teos, tekeminen ja tutkiva toiminta. Hamina: Akatiimi Oy.
- Duodecim. Terveyskirjasto. 2012. Lääketietokanta. Luettu 3.1.2012.
<http://www.terveyskirjasto.fi>
- Duodecim. Terveyskirjasto. Halla-aho. L. & Kähkönen. J. 2007. Leikkauksen jälkeinen
hoito. Luettu 29.2.2012.
<http://www.terveyskirjasto.fi>
- Duodecim. Terveyskirjasto. Vainio, A. 2009. Kivun hallinta: Voiko kipua mitata?
Luettu 14.7.2011.
<http://www.terveyskirjasto.fi>
- Fairchild, S. 1996. Perioperative nursing- Principles and Practice. 2. painos. Boston:
Little, Brown and Company.
- Groah, L. 1996. Perioperative nursing. 3. painos. Stamford: Appleton & Lange.
- Hamunen, K. & Kalso, E. 2009. Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa Kal-
so, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim, 278-294.
- Havanto, AM. & Häkämies, R. 1996. Heräämön kehitys. Teoksessa Simonen, J. (toim.)
Anestesiologisesta sairaanhoidosta perioperatiiviseen hoitotyöhön. Tampere: Paino-
mainos Oy, 16-17.
- Hilden, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. Hoitamisen taito. 1.-2.painos.
Helsinki: Tammi.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. 1.painos. Helsinki: Tammi.
- Jyrkinen, H. 2010. Perioperatiivisen hoitotyön lisäkoulutuksen arvioita - haastattelutut-
kimus sairaanhoitajille. Itä- Suomen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro gradu –tutkielma.
- Järventausta, H., Moisala, M. & Toivakka, S. 1999. Tutkimalla oppii. 1.painos. Helsin-
ki: WSOY
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hie-
tanen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen. 1.painos. Helsinki: WSOY.
- Korte, R., Rajamäki, A., Lukkari, L. & Kallio, A. 2000. Perioperatiivinen hoito.
2.painos. Helsinki: WSOY.
- Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. 1.painos. Helsinki:
WSOY.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559

Larmila, M. 2010. Hengityksen tukeminen. Teoksessa Kaarlola, A., Larmila, M., Lundgrén-Laine, H., Pyykkö, A., Rantalainen, T. & Ritmala-Castrén, M. (toim.) Teho- ja valvontahoitotyön opas. Helsinki: Duodecim, 21.

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. 1.painos. Helsinki: WSOY.

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2010. Perioperatiivinen hoitotyö. 1.-2.painos. Helsinki: WSOY.

Mertanen, V. 2007. Tietokirjoittajan käsikirja. Tallinna: Vastapaino

Mäkijärvi, M. & Heikkilä, J. 2003. Mitä elektrokardiografia on? Teoksessa Mäkijärvi, M. & Heikkilä, J. (toim.) Ekg. Helsinki: Duodecim, 17.

Poliklinikka. Huotari, A-M. 2009. Voimakkaat kipulääkkeet eli opioidit. Luettu 29.2.2012

<http://www.poliklinikka.fi/kipukanava>

Rautava-Nurmi, H., Vaula, E., Sjövall, S., Vuorisalo, S. & Westergårg, A. 2003. Neste- ja ravitsemushoito. 2.uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Rautava-Nurmi, H., Vaula, E., Sjövall, S., Vuorisalo, S. & Westergårg, A. 2010. Neste- ja ravitsemushoito. Helsinki: WSOY.

Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Takkunen, O. 2006. Anestesiologia ja tehohoito. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus.

Sahlström, M. 2011. Potilaiden arviot potilasturvallisuudesta – kyselytutkimus yleisistä näkemyksistä ja viimeisimmästä hoitajaksosta. Itä- Suomen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro gradu- tutkielma.

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Spirium. Nieminen, T. & Suoraniemi, A. 2011. Suu- ja leukakirurgisen potilaan anestesia. Luettu 26.1.2012

STM. 2009. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Luettu 27.5.2011.

<http://www.stm.fi>

Teirilä, M. & Jyväsjärvi, E. 2001. Tutkielmantekijän työkirja. Helsinki: Oy Finn Lectura Ab.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilas ohjeet ymmärrettäviksi – Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue – johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. 1.-2. painos. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1.-2.painos. Helsinki: Tammi.

TAULUKKO 2. Aiheeseen liittyvät tutkimukset

LIITE 1

Tekijä ja työn nimi	Työn tarkoitus, tehtävät/ongelmat, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Sahlström, M.</p> <p>Potilaiden arviot potilasturvallisuudesta – kyselytutkimus yleisistä näkemyksistä ja viimeisimmästä hoitojaksosta</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata potilaiden yleisiäkäsityksiä potilasturvallisuudesta ja potilaiden kokemuksia potilasturvallisuuden eri osa-alueilta viimeisimmällä hoitojaksolla.</p> <p>Tutkimusongelmat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Millaisia näkemyksiä potilailla on potilasturvallisuudesta yleensä ja miten heidän taustatekijänsä (ikä, sukupuoli, koulutus, hoitopaikka, sattuneet haittatapahtumat) ovat yhteydessä näihin näkemyksiin? 2. Millaiseksi potilaat kokevat potilasturvallisuuden eri osa-alueet (laiteturvallisuus, hoidon turvallisuus, lääkehoidon turvallisuus, potilaan osallistuminen) viimeisimmällä hoitojaksolla ja miten heidän taustatekijänsä (ikä, sukupuoli, koulutus, hoitopaikka, sattuneet haittatapahtumat) ovat yhteydessä näihin kokemuksiin? 	<p>Kvantitatiivinen tutkimusmetodologia ja tutkimus survey-tutkimus</p>	<p>Potilaista 94% piti terveyden- ja sairaanhoitoa Suomessa turvallisenä. Noin neljännes potilaista arveli, että potilas voisi vahingoittua sairaalahoidon aikana. 46% potilaista arvioi tietävänsä paljon potilasturvallisuudesta, mutta 61%:lle potilasturvallisuusoppaat eivät olleet tuttuja. 46% potilaista kokivat pystyvänsä tunnistamaan hoidossa tapahtuvia virheitä. Potilaiden mielestä he voivat vaikuttaa virheiden ehkäisyyn ja he haluavat oppia omalla toiminnallaan parantamaan hoitonsa turvallisuutta. Potilaat olivat yksimielisiä siitä, että hoitava henkilöstö oli tehnyt parhaansa turvataksien heidän hoitonsa turvallisuuden viimeisimmällä hoitojaksolla. Kuitenkin joka kymmenes koki, että ei ollut saanut tietoa erilaisista hoitovaihtoehdoista ja 15% koki, että he eivät olleet saaneet tietoa hoitoon liittyvistä riskeistä. Potilaista 22% oli koke-</p>

	Tavoitteena oli kehittää mittari potilasturvallisuuden arvioimiseksi potilaan näkökulmasta, ja tuottaa sen avulla tietoa potilasturvallisuudesta potilaan näkökulmasta.		nut hoitonsa aikana joskus virheen. Virheet koskivat mm. Infektioita, hoitoon pääsyä ja lääkitystä.
Jyrkinen, H. Perioperatiivisen hoitotyön lisäkoulutuksen arvioita - haastattelu-tutkimus sairaanhoitajille	Tarkoituksena oli kuvata erikoissairaanhoidossa työskentelevien sairaanhoitajien käsityksiä perioperatiivisen lisäkoulutuksen sisällöstä ja toteutuksesta sekä kuvata niitä tekijöitä, jotka vaikuttivat ammatilliseen kehittymiseen. Tutkimustehtävät: 1. Selvittää sairaanhoitajien kokemuksia perioperatiivisen hoitotyön lisäkoulutuksen vaikutuksista ammatilliseen kehittymiseensä 2. Kuvata sairaanhoitajien arvioita perioperatiivisen hoitotyön lisäkoulutuksen opetusmenetelmien vaikuttavuudesta Lisäkoulutuksen tavoitteena oli parantaa sairaanhoitajien edellytyksiä työskennellä perioperatiivisessa toimintaympäristössä.	kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä, jossa käytetty teemahaastattelua ja materiaalin analysoimiseen käytetty sisällön analyysia.	Tulosten perusteella koulutus paransi sairaanhoitajien ammatillista osaamista potilaan kokonaisvaltaisen hoidon, infektioiden torjunnan, lääkehoidon osaamisen ja tiimityön osa-alueilla. Sairaanhoitajat olivat tyytyväisiä koulutuksen sisältöön kokonaisuudessaan. Verkkooppimisympäristö koettiin hyväksi opiskelumuodoksi, koska se mahdollisti opiskelun ajasta ja paikasta riippumatta. Tietotekniset taidot ja tutkimustiedon käyttö lisääntyivät koulutuksen myötä. Sairaanhoitajien tyytyväisyyttä koulutukseen vähensi käytännön harjoittelun vähäisyys, yhteistoiminnallisten ryhmien toimimattomuus ja tehtävien päällekkäisyys. Johdot päätöksensä voi todeta, että ammatillinen lisäkoulutus lisäsi sairaanhoitajien työhön sisältöä ja antoi kokonaisvaltaisemman käsityksen potilaan hoidos-

			ta.
--	--	--	-----

HERÄÄMÖHOITO - Korva-, nenä-, kurkku-, suu- ja leukakirurgisilla potilailla

1 HOITOYMPÄRISTÖ

2 TARKKAILULAITTEET

3 TARKKAILU JA HOITO

4 HENGITYS

5 SYDÄN- JA VERENKIERTO

6 TAJUNNANTASO

7 PAHOINVOINTI

8 LÄMPÖTASAPAINO

9 NESTETASAPAINO

10 LEIKKAUSALUE

11 KIPU

12 KORVA-, NENÄ-, KURKKU-, SUU- JA LEUKAKIRURGISTEN POTILAIDEN
ERITYISPIIRTEITÄ

13 POTILASTURVALLISUUS

14 YKSILÖLLISYYS

