

The Diak logo is located in the top right corner of the page. It consists of the word "Diak" in a bold, pink, sans-serif font. The letter 'i' has a small crossbar, and the letter 'k' has a small crossbar. The background of the page features a large, abstract graphic of overlapping pink and white shapes, resembling a stylized 'D' or a large letter 'U'.

Laura Häkklä

Anne Järvtalo

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan

ammattikorkeakoulututkinto

Sairaanhoitaja (AMK)

Opinnäytetyö, 2021

VETOTASOASENNON LAITTAMINEN LONKKA- MURTUMALEIKKAUSTA VARTEN

TIIVISTELMÄ

Laura Häkkinen & Anne Järvelä
Vetotasoasennon laittaminen lonkkamurtumaleikkausta varten
35 sivua
Syksy, 2021
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto
Sairaanhoitaja

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opetusvideo lonkkamurtumaleikkauksen vetotasoasennon laittamisesta leikkausosaston sairaanhoitajille. Opinnäytetyömme tavoite oli kehittää leikkausosaston sairaanhoitajien ammatillista osaamista.

Opinnäytetyömme tehtiin yhteistyössä pohjoissuomalaisen sairaalan leikkausosaston henkilökunnan kanssa. Opinnäytetyömme oli toiminnallinen opinnäytetyö. Opinnäytetyö tehtiin tuotekehitysmenetelmää käyttäen.

Asiasanat: Perioperatiivinen hoitotyö, leikkausasennot, lonkkamurtuma.

ABSTRACT

Laura Häkkinen & Anne Järviö

Placing the traction plane position for hip fracture surgery

35 pages

Autumn, 2021

Diaconia University of Applied Sciences

Bachelor's Degree in Health Care

Registered Nurse

The purpose of the thesis was to produce an instructional video for surgical nurses on placing the traction plane position for hip fracture surgery. The aim of the thesis was to develop the professional competence of nurses.

The thesis was done in collaboration with the staff of the surgical department of a northern Finnish hospital. The thesis was a functional thesis. The thesis was done using the product development method.

Keywords: perioperative nursing, surgical positions, hip fracture

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ	4
2.1 Perioperatiiviseen leikkaushoitoon valmistautuminen	5
2.2 Intraoperatiivinen hoitotyö	7
2.3 Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen.....	9
3 LONKKAMURTUMALEIKKAUS.....	11
3.1 Lonkkamurtuma ja osteoporoosi	11
3.2 Vetotasoleikkausasento	14
3.3 Potilasturvallisuus	17
4 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSMENETELMÄ.....	19
5 KÄYTÄNNÖN TOTEUTUS	21
5.1 Toteutuksen suunnittelu	22
5.2 Käytännön toteutus ja tuotos.....	23
5.3 Tuotteen julkistaminen ja arviointi	25
6 TYÖELÄMÄN YHTEISTYÖKUMPPANI.....	26
7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	27
8 POHDINTA	27
8.1 Ammatillinen kasvu	29
8.2 Eettisyys ja luotettavuus.....	30
8.3 Jatkokehitys idea	31
LÄHTEET	32

1 JOHDANTO

Potilas nukutetaan tai puudutetaan leikkausta varten, ja hänet laitetaan leikkausasentoon. Leikkausasennon tarkoituksena on, että kirurgi pääsee leikkausalueelle, sekä sinne on esteetön näkyvyys, eikä potilaalle aiheudu vahinkoa. Leikkausasento mahdollistaa myös anestesiaryhmän toiminnan, eli potilaan tarkkailun ja anestesian hoitamisen. Leikkausasennon pitää olla potilaalle turvallinen. Optimaalinen leikkausasento nopeuttaa leikkausta, minimoi komplikaatioita ja mahdollistaa normaalit potilaan elintoiminnot. (Särkijärvi, 2014, s. 15.)

Lonkkamurtumat ovat Suomessa yleisiä, usein kaatumisen seurauksena syntyviä murtumia. Suomessa lonkkamurtumia tapahtuu vuodessa useita tuhansia. Yleensä lonkkamurtuma potilas on iäkäs vanhus, jolla on osteoporoosi.

Tämä opinnäytetyö käsitteli oikeanlaisen vetotasoasennon laittamista lonkkamurtuma leikkausta varten. Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli tuottaa opetusvideo leikkaussalin sairaanhoitajille. Opetusvideon tavoitteena oli ohjeistaa oikeanlaisen vetotasoasennon laittaminen lonkkamurtuma leikkausta varten ja olla sairaanhoitajien työn tukena. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää leikkausosaston sairaanhoitajien ammatillista osaamista vetotasoasennon laittamisessa.

Yhteistyökumppani esitti toiveen opetusvideon teosta, koska heillä ei ollut vetotasoasennon laittamisesta selkeää ja kunnollista ohjetta. Opetusvideo vastasi työelämän tarpeisiin.

Opinnäytetyön tuotoksena syntyvä video kuvattiin sairaanhoitajien työpaikalla leikkaussalissa, jossa oli tuttu välineistö vetotasoasennon laittamista varten. Sairaalan leikkausosastolla työskentelee sairaanhoitajia, anestesia- ja kirurgilaisia lääkäreitä, kirurgeja, ortopedejä ja lääkintävahtimestareita.

2 PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ

vielä ennen leikkaussaliin siirtymistä. Lääkäri ja potilas käyvät läpi leikkauksen kulun, ja leikattava alue merkataan tussilla. Leikkausalueen merkitseminen on yksi turvallisen potilashoidon osa-alueista. (Terveyskylä, 2018.)

Anestesia- ja leikkauskelpoisuuden arviointi on tärkeää potilaan turvallisen leikkaushoidon varmistamiseksi. Arvio tehdään preoperatiivisella käynnillä. Lääkärillä on käytössään tarvittavat tiedot potilaasta. Tiedot eivät kuitenkaan yksin riitä riskien arvioimiseen. Arvioinnin tarkoituksena on selvittää suunniteltuun toimenpiteeseen ja anestesiaan liittyvät riskit. Riskit voivat muodostua potilaan henkisestä ja fyysisestä kunnosta, sairaudesta, joka on kirurginen ja sairauden hoidosta, sekä anestesiasta. Lääkäri tekee potilaalle kliinisen tutkimuksen. Anestesia- ja leikkauskelpoisuuden arviointi käynnillä myös anestesian sekä kivunhoidon kokonaisuuden leikkauksen jälkeiselle ajalle. Mikäli potilas ei tapaa lääkäriä ennen leikkausta vaan saapuu leikkaukseen kotoa käsin, lääkäri tekee arvon anestesiakelpoisuudesta preoperatiivisen puhelinoiton sekä sairauskertomuksen perusteella. Potilaan kliinisen tutkimuksen ja taustatietojen perusteella lääkäri määrittää potilaalle ASA-luokituksen, eli potilaan anestesiariskiluokan. Potilaan leikkauskelpoisuusriskiä voidaan arvioida ASA-luokituksella. ASA-luokitus on numeroitu 1–5. Mitä suurempi luokka on, sitä suurempi riski potilaalla on kuolleisuuteen. Lääkäri voi käyttää myös NYHA-luokitusta. NYHA-luokitusta voidaan käyttää tukena potilaan kokonaissuorituskykyä ja sydän- ja verisuonitautien vaikeusastetta arvioitaessa. Potilaan toiveet pyritään ottamaan huomioon preoperatiivisen käynnin yhteydessä. Preoperatiivisella käynnillä on myös tarkoitus rauhoittaa potilasta ja poistaa potilaan pelkoa ja ahdistusta. Lääkäri tiedottaa leikkaushoitajia leikkaussuunnitelmasta ja leikkauksessa tarvittavasta välineistöstä. (Karma ym., 2016, s. 54–57.)

Päivystysleikkauspotilaat ovat oma erityisryhmänsä leikkausta edeltävien valmistelujen kannalta. Mikäli ajan puitteissa on vain mahdollista, heidän kohdallaan pyritään samoihin periaatteisiin kuin muidenkin potilaiden kohdalla. Hemodynaamiikan ja nestetasapainon häiriöt pyritään korjaamaan ennen leikkauksen ja anestesian aloittamista. Mikäli häiriöiden korjaaminen ei ole mahdollista, kirurgi

ja anestesia­lääkäri arvioivat yhdessä potilaan preoperatiivista valmistelua. (Karma ym., 2016, s. 56.)

2.2 Intraoperatiivinen hoitotyö

Intraoperatiivinen hoitotyö alkaa, kun potilas saapuu leikkaussaliin. Ennen kuin potilas saapuu leikkaussaliin, valmistelee anestesia­sairaanhoidaja anestesiavälineistön salissa. Pohjana valmisteluille toimii tiedot, jotka potilaasta on saatu etukäteen, leikkauslistan tiedot, sekä potilaan potilaskertomukset ja taustatiedot. Anestesia­lääkäri tai leikkaava lääkäri voi antaa tietoja, jotka pohjautuvat potilasasiakirjoihin. Potilaan leikkaussaliin tuova sairaanhoidaja voi antaa vielä viime hetken tietoja, näillä tiedoilla voi olla vaikutusta anestesiavalmisteluihin. Viime hetken tietoja voidaan saada myös potilaalta itseltään siirtoraportin yhteydessä. Potilaan tilanteesta voidaan konsultoida myös muuta henkilökuntaa, joka on hoitanut potilasta. (Karma ym., 2016, s. 56–57.)

Anestesiavalmisteluissa leikkauslista toimii keskeisimpänä tiedonlähteenä anestesia­sairaanhoidajalle. Leikkauslistalta selviää potilaan tunnistetiedot, ikä, sukupuoli, suunniteltu toimenpide, anestesiamuoto ja puudutukset. Anestesia­sairaanhoidaja näkee potilastietojärjestelmän kautta potilaan taustatietoja laajemmin, kuten tietoja perussairauksista ja esilääkityksestä. Anestesian muoto, välineistö ja anestesiavalvonnan laajuus on oltava anestesia­sairaanhoidajan tiedossa. Anestesiavalvonnan laajuuteen vaikuttavat perussairaudet ja toimenpide. Potilasta voidaan myös valmistella preoperatiivisesti anestesiahoitoon, esivalmistelu- ja induktiotiloissa leikkaussalissa tapahtuvien anestesiavalmistelujen lisäksi. Valmisteluihin kuuluvat arteriakanyloinnit, laskimokanyloinnit ja puudutukset. Anestesiavalmisteluilla etukäteen pyritään lyhentämään leikkaussalissa oltavaa aikaa. Instrumenttihoitaja ja valvojahoitaja tekevät valmisteluja leikkaushoitotyöhön anestesiahoitajan tehdessä anestesiavalmisteluja. Anestesiavalmisteluissa voi valvova sairaanhoidaja auttaa. Anestesia­sairaanhoidaja varmistaa, että välineistö, jota anestesiassa käytetään, on saatavilla salissa ja työskentely on aseptista. (Karma ym., 2016, s. 57.)

Potilasvalvontamonitorit ja anestesiakone osineen yhdessä muodostavat automaattisen anestesiakertomuksen kanssa anestesiatyöaseman ja anestesiatietojärjestelmän. Anestesiahoitajalle kuuluu monitorien ja koneen käyttökuntoon saattaminen ja tarkistaminen, ennen kuin potilas saapuu saliin ja ennen kuin anestesia alkaa. Anestesiahoitajan tehtäviin kuuluu tarkastaa ilmatievälineiden toimintakunto toteuttaessaan anestesiavalmisteluja. Potilaan intubaatiota pidetään anestesiahoitotyössä keskeisimpänä hallintamenetelmänä ilmalle. Ilmateiden hallintavälineistön laittaa anestesiahoitaja valmiiksi. (Karma ym., 2016, s. 57–64.)

Leikkauspotilaan kokonaistarve nestehoidolle muodostuu aikaisempien vajausten korvaamisesta asteittain, päivittäisestä perustarpeesta, lisätarpeesta, jonka sairaus aiheuttaa, suonensisäisen tilavuuden kompensoinnista, joka liittyy anestesiaan, sekä lisäksi ylimääräisten menetysten ja nesteen korvaamisesta, joka siirtyy kolmanteen tilaan. Aikuisilla käytetään yleensä NaCl-liuosta tai Ringer-liuosta. Tarkoituksena infuusionesteillä on toimia korvausnesteinä nesteille, jotka haihtuvat ja leikkausvuodoille, sekä toimia lääkkeiden kuljettajina. Anestesia-aineiden käsittelyssä ja varaamisessa noudatetaan huolellista aseptiikkaa. Pääasiassa anestesiahoitotyössä käytetään lääkkeitä, jotka annostellaan laskimonsisäisesti. Puudutuksia voidaan käyttää anestesiamenetelmänä raajaleikkauksissa ja leikkauksissa, jotka kohdistuvat vatsan alueelle. Vasta-aiheita puudutukselle on vähän. Hermosolukanavien natriumkanavia salpaavat puudutteet, ja näin hermoimpulssien johtuminen estyy. (Karma ym., 2016, s. 64–69.)

Instrumenttihoitaja varaa kaikki tarvittavat instrumentit ja muut steriilit välineet leikkausta varten. Instrumenttihoitajan tehtävänä on valmistella steriilille instrumenttipöydälle leikkauksessa tarvittavat välineet ja suorittaa instrumenttien, taitosten ja neulojen tarkistuslaskenta yhdessä valvovan hoitajan kanssa. Valvova hoitaja koordinoi toimintaa ja toimii leikkauksessa avustajana. Valvova hoitaja valmistele leikkauspöydän ja varaa potilaan leikkausalueen desinfiointiin tarvittavat välineet. Anestesian aloituksen jälkeen valvova hoitaja desinfioi leikkausalueen ja sen jälkeen instrumenttihoitaja rajaa leikkausalueen steriileillä rajausliinoilla. Valvova hoitaja pitää huolta potilaan turvallisuudesta, leikkauksen aikana

ja hermo- sekä painevaurioiden ehkäisystä. Valvova hoitaja avustaa instrumenttihoitajaa steriilin pöydän tekemisessä sekä auttaa leikkaustiimiä steriiliksi pukeutumisessa. Valvova hoitaja kirjaa leikkaushoitotyön ja hän kytkee, säätää ja käyttää leikkauksessa tarvittavia laitteita, kuten diadermialaitetta, verityhjiötä sekä tähystyslaitteita. (Karma ym., 2018, s. 103.)

Potilas saapuu saliin yleensä Leiko-yksikön tai operatiivisen osaston sairaanhoitajan tuomana. Potilaan tullessa saliin on tavoite, että koko hoitotiimi on potilasta vastassa, ja näin hoitotiimi voi esittäytyä potilaalle. Sairaanhoitajat, jotka osallistuvat potilaan hoitoon, ovat parhaimmassa mahdollisessa tapauksessa siirtämässä potilasta. Yleensä perioperatiiviset sairaanhoitajat tapaavat potilaan tässä hoitovaiheessa ensimmäisen kerran. Potilaan siirtyminen leikkaustasolle tehdään turvallisesti. Potilaan olo tehdään turvalliseksi ja mukavaksi. Potilaalle on voitu antaa esilääkitystä noin tunti ennen toimenpidettä. Potilas kytketään valvontalaitteisiin ja potilaalle aloitetaan valittu anestesia. (Karma ym., 2016, 69–94.)

2.3 Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen

Sairaanhoitajan koulutuksen ja tutkinnon pohjana on sairaanhoitajien osaamisvaatimukset. Sairaanhoitajan osaamisvaatimukset koostuvat eri osaamisalueista, joita ovat: asiakaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjyys, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, ohjaus- ja opetusosaaminen, terveyden- ja toimintakyvyn edistäminen, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen laatu ja turvallisuus. Sairaanhoitaja on asiantuntija hoitotyössä. Sairaanhoitaja voi työskennellä erilaisissa toimintaympäristöissä kuten esimerkiksi erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollossa. Sairaanhoitajan työ on hoitotyötä kehittävää, sairauksia parantavaa ja ehkäisevää, kuntouttavaa sekä myös terveyden edistämistä ja ylläpitämistä. Sairaanhoitajan työtä ohjaa lainsäädäntö sekä poliittiset sosiaali- ja terveysalan linjaukset. Muutokset lainsäädännössä, palvelutarpeissa, tutkimustiedossa, palvelurakenteiden kehittäminen, sekä sosiaali- ja terveyspoliittiset muutokset ja ohjelmat vaikuttavat sairaanhoitajan osaamiseen. Muutosten

vuoksi sairaanhoitajan osaamisvaatimukset muuttuvat ja vaihtelevat. Sairaanhoitajakoulutus pohjautuu EU:n asettamaan säädökseen 2013/55/ EU. (Eriksson ym., 2015.)

Sairaanhoitajan tutkinnon perustalle rakentuu perioperatiivisen sairaanhoitajan osaaminen. Anestesia- ja leikkaushoitajan, valvovan sairaanhoitajan ja instrumentoivan sairaanhoitajan yleisnimitys on perioperatiivinen sairaanhoitaja. Sairaanhoitajan etuliitteestä huolimatta, perioperatiivinen sairaanhoitaja voi työskennellä kaikissa kolmessa tehtävässä. Vastuualueet ja työtehtävät ovat yleensä kuitenkin eriytyneet leikkaustoiminnan ja anestesiatoiminnan mukaan, sekä sairaanhoitajat ovat perehtyneet omaan alueeseensa lisä- ja täydennyskoulutusten, perehdytyksen ja työkokemuksen mukaan. (Karma ym., 2016, s. 12.)

Anestesia- ja leikkaushoitajan on hallittava hoitotyössä, joka on kirurgista, osa-alueita, jotka ovat yhteisiä, sekä lisäksi osa-alueita, jotka ovat omia ja vaativat erityisosaamista. Osa-alueet vaatimustasoittain, jaettuna kolmeen eri osa-alueeseen ovat: ehdottomasti hallittava, hallittava sekä osattavat hoitotyön toiminnot. Osa-alueita, jotka ovat yhteisiä ovat: potilaan toimenpiteeseen valmistelu, dokumentointi, kirjaaminen, tiedon siirto ja tiimityötaidot. Osaamisalueet leikkaushoitajalle ovat: aseptiikka, turvallisuus, dokumentointi, kommunikointi, leikkauksen tekniikka, lääke- ja anestesiahoito, hoitovalmistelut, hoidon yksilöllisyys, äkilliset erityistoimet sekä leikkauksen asennot. Hoitotyö, joka tapahtuu leikkauksessa, on tiimityötä. Tiimin jäsenillä on jokaisella oma roolinsa ja tehtävänsä tiimissä. Sairaanhoitajia on kolme leikkaustiimissä: anestesiahoitaja ja kaksi leikkaushoitajaa. Leikkaushoitajista toinen toimii valvovana hoitajana ja toinen instrumentoivana hoitajana. Jokaista potilasta hoidetaan yhtä hyvin ja yksilöllisen hoidon mukaan. Jokaisen potilaan kohdalla hoitoa toteutetaan sairaanhoitajan eettisten ohjeiden mukaisesti. (Niskanen ym., 2019, s. 22.)

Suuri osa lonkkamurtumapotilaista on ikääntyneitä, muistisairaita ihmisiä. Työssä, jossa sairaanhoitaja kohtaa muistisairaita ihmisiä, vaaditaan kykyä kohdata muistisairas ja tunnistaa potilaan tarpeet. Muistisairaita potilaita hoitavalta hoitohenkilökunnalta vaaditaan ymmärrystä ja tietoa muistisairauksista, sekä kykyä kohdata muistisairas ihminen. (Pöyry & Rantanen, 2016.)

3 LONKKAMURTUMALEIKKAUS

Lonkkamurtuma on hyvin yleinen vamma. Se on yleinen syy vanhusten toimintakyvyn heikentymiseen, sairastavuuteen sekä kuolleisuuteen. Viime vuosikymmeninä lonkkamurtumat ovat lisääntyneet voimakkaasti. Ikä ja osteoporoosi ovat yleisimmät riskitekijät lonkkamurtumille. Lonkkamurtumat ja potilaiden pitkä hoito aiheuttavat suuria kustannuksia terveydenhuollolle. (Michelsson ym., 2005, s. 21–22.) Vuosittain lonkkamurtumapotilaita leikataan noin 6000. Lonkkamurtumat vaikuttavat elämänlaatuun, sekä aiheuttavat merkittävää avuntarvetta ja pitkäaikaishoitoa. Jotta hoitotulos olisi mahdollisimman hyvä, tulisi lonkkamurtumapotiilaan päästä leikkaukseen 48 tunnin sisällä murtuman syntymisestä. (Hoitotyön tutkimussäätiö, 2020.) Mikäli potilaalla ei ole akuuttia tilaa, jonka hoitaminen vaikuttaisi olennaisesti leikkauksekelpoisuuteen, ei ole aiheellista lykätä leikkausta. Vaikka lonkkamurtumaleikkaus tehtäisiin vasta 4–5 päivän kuluttua murtuman synnystä, ei se huononna ennustetta pitkällä aikavälillä. Se kuitenkin altistaa kivulle, joka on tarpeetonta sekä komplikaatioille ja painehaavoille. Pitkä leikkauksen odotusaika lisää muistisairaiden potilaiden kohdalla deliriumriskiä. Potilailla, jotka leikataan ensimmäisen vuorokauden aikana murtuman synnystä, on ilmeisesti pienempi riski kuolleisuuteen ja komplikaatioihin. (Duodecim, 2017.)

Potilas, jolla on diskoloitumaton murtuma, leikataan. Poikkeuksellisesti harkitaan konservatiivista hoitoa, mikäli potilas on vuodepotilaana pysyvästi ja lähes kivuton. Murtuma, joka on diskoloitunut, hoidetaan leikkaushoidolla. (Leppäniemi ym., 2019, s. 368.) Murtuman hoidon tarkoituksena on palauttaa ennen murtumaa ollut toimintakyky, säilyttää potilas riippumattomana toisista, välttää komplikaatioita ja varhainen mobilisaatio. (Michelsson ym., 2005, s. 23).

3.1 Lonkkamurtuma ja osteoporoosi

Luun murtuma voi syntyä vamman, patologisten tai aineenvaihdunnallisten syiden vuoksi. Murtuman seurauksena syntyy aina pehmytkudos vaurioita, sekä verenkierron häiriintymistä murtumaa ympäröiville kudoksille ja luulle. Pehmytkudosvauriot voivat olla vakavia, kuten verenvuotoja, verisuoni- ja hermovaurioita, ja sisäelin vaurioita, jotka aiheutuvat terävistä luunsärmistä. Murtumissa, jotka sijoittuvat raajoihin, vaurioituvat usein myös hermot, jänteet ja verisuonet. (Hervonen, 2020, s. 29–30.)

Yleensä lonkkamurtumalla tarkoitetaan reisiluun yläosan murtumaa, eli murtumaa proksimaalisessa reisiluussa. Sijainniltaan murtumalinja voi olla reisiluun kaulan alueella, sarvennoisten välissä tai sarvennois- eli trokantertason alapuolella. Suurenergiset vammamekanismit ovat yleensä aiheuttajina alle 50-vuotiaiden lonkkamurtumissa. Pienenergiset tapaturmat, kuten kaatuminen, ovat yleensä iäkkäiden ihmisten lonkkamurtumien aiheuttajia. Lonkkamurtuman oireita murtumassa, jossa on syntynyt lonkan siirtymää, voivat olla raajan lyhentäminen, raajan uloskiertyminen, voimakas liikutteluarkuus ja jalalle ei voi kivun vuoksi varata. (Ahonen ym., 2016, s. 710–711.) Vammautunut murtunut raaja ei kestä yleensä räsitusta eikä normaalia liikettä. (Roberts ym., 2010, s. 197). Murtumissa, joissa ei ole tapahtunut siirtymää eikä ole syntynyt virheasentoa, sekä murtumat, jotka ovat painuneet kasaan ei välttämättä ole kipuja. (Ahonen ym., 2016, s. 710–711.) Lonkkamurtumat eli murtumat reisiluun yläosassa ovat murtumia, jotka tarvitsevat tavallisimmin leikkaushoitoa. (Yli-Kyyny, 2014).

Lonkkamurtumat ovat yksi suurimmista terveyshaasteista, joita kohdataan maailmanlaajuisesti. Se johtuu väestön nopeasta ikääntymisestä. (Hertz & Santy-Tomlinson, 2018.) Tyypillinen lonkkamurtumapotilas on noin 80-vuotias nainen, jolla on entuudestaan muita sairauksia tai vammoja. (Michelsson ym., 2005, s. 21). Kehittyneissä maissa on ollut vuosia käytössä kaksi tehokasta hoitomallia. Ne ovat akuutin lonkkamurtuman nopea hoito ja lonkkamurtumien ennaltaehkäisy. Näiden hoitomallien onnistumisen kannalta yksi tärkeimmistä asioista on erikoiskoulutettujen sairaanhoitajien ammatillinen osaaminen ja osallistuminen hoitoon. Sairanhoitajien kyky koordinoida ja antaa asianmukaista hoitoa 24 tunnin sisällä murtuman synnystä, vaikuttavat merkittävästi hoidon tuloksiin. (Hertz & Santy-Tomlinson, 2018.) Lonkkamurtumapotilaiden parissa tehdään

moniammatillista tiimityötä. (Duodecim, 2017.) Geriatriinen, moniammatillinen arviointi sekä hoito vaikuttavat komplikaatioihin ja sairaalakuolleisuuteen vähentämällä niitä. (Duodecim, 2011.) Moniammatillisen yhteistyön ja tiedonkulun tulee olla sujuvaa. Leikkauksen jälkeen tapahtuva kuntoutus ja sen tavoitteet suunnitellaan potilaslähtöisesti, potilaan läheiset huomioiden. (Duodecim, 2017.)

Lonkkamurtumat ovat vakavia murtumia. Vaikka naisten riski kuolla lonkkamurtumaan on korkeampi kuin kuolla rinta-, kohtu- tai munasarjasyöpään, on miesten riski kuolla lonkkamurtumaan vielä suurempi. Lonkkamurtuma vaatii lähes aina sairaalahoitoa ja se on kohtalokas lähes neljännekselle tapauksista. Lonkkamurtuma on hyvin kivulias. Usein hyvä kivunhallinta jätetään huomioimatta ja tämä voi johtaa huonoihin hoitotuloksiin. Kivun havaitsemiseksi on hyvä käyttää näyttöön perustuvia työkaluja arvioidessa kipua. Lonkkamurtuma diagnosoidaan oireiden perusteella sekä röntgen-, magneetti- tai tietokonetomografiakuvauksella. Murtuman sijainti, siirtymä ja törmäyksen aste auttavat määrittelemään parhaan mahdollisen hoidon. Leikkaushoito on lonkkamurtuman ensisijainen hoito ja tähän yleensä päädytään. Leikkaus antaa vakaan kiinnityksen, helpottaa täyden painon kantamista ja vähentää riskiä komplikaatioille. (Hertz & Santy-Tomlinson, 2018.) Lonkkamurtumaleikkaus tehdään joko spinaalipuudutuksessa tai yleisanestesiassa. Leikkaus tehdään viivästyksettä sellaisella menetelmällä, joka johtaa täyspainovaruksen saavuttamiseen. (Duodecim, 2017.)

Osteoporoosi on määritelmän mukaan luuston sairaus, joka altistaa murtumille luuston lujuuden heikentymisen myötä. Luun määrää eli tiheyttä ja sen laatua kuvastaa luun lujuus. Luun määrä pienenee iän myötä. Myös lääkitykset, monisairastavuus, vajaaravitsemus, liikunnan vähäisyys, pitkittynyt immobilisaatio, runsas tupakointi, vähäinen kalsiumin saanti, D-vitamiinin puutos, vaikea laktoosi-intoleranssi, rakenteelliset että geneettiset tekijät sekä hormonaaliset tekijät lisäävät osteoporoosin riskiä. Näiden lisäksi osteoporoosin syynä voi olla suolitosairaudet, jotka ovat kroonisia, munuaisten ja maksan sairaus, keliakia, nivelreuma, sekä nivelreuman sukulaissairaudet. Noin 10 prosentilla aikuisväestöstä esiintyy osteoporoosia. Tällä 10 prosentilla on kahdesta neljään kertainen riski saada murtuma vähäenergisestä vammasta. Pienenerginen tapaturma aiheuttaa

helposti vamman osteoporoottiseen luuhun. Vaikeita vammoja syntyy helposti reisiluun yläosaan. (Ahonen ym., 2016, s. 717.)

Sairaanhoitajan keskeisin rooli osteoporoosia sairastavan potilaan hoitotyössä on potilaiden ohjaus ja koulutus kohti terveellisempiä elämäntapoja. Potilaat eivät yleensä tiedä, että heillä on osteoporoosi tai riski osteoporoosille. Luukato etenee hiljaa ilman merkkejä tai oireita ja ilmenee vasta murtuman syntyessä. Osteoporoosi on maailmanlaajuinen ongelma. Osteoporoosin seurauksena yksi kolmesta naisesta ja yksi viidestä miehestä saa murtuman osteoporoosin seurauksena. Seuraavien vuosikymmenien aikana osteoporoosia sairastavien määrä kasvaa dramaattisesti. Tämä johtuu väestön ikääntymisestä ja elämäntavoista. Osteoporoosin hoitoon on erilaisia lääkkeitä ja näiden kaikkien lääkkeiden tavoite on estää murtumat. (Hertz & Santy-Tomlinson, 2018.)

3.2 Vetotasoleikkausasento

Hyvän leikkausasennon suunnittelun tavoitteena on, että leikkausalue on kirurgin tavoitettavissa, sekä anestesiahenkilökunta pystyy huolehtimaan potilaan turvallisesta hoidosta ja turvaamaan elintoiminnot. (Ilola ym., 2013, s. 188). Optimaalinen leikkausasento ei tuota potilaalle vahinkoa. (Rotko, 2010.) Leikkausasennon laittaminen vaatii asiantuntemusta ja osaamista. Leikkausasento, joka on huono, pitkittää ja vaikeuttaa leikkausta sekä mahdollisesti lisää komplikaatioita, jotka johtuvat huonosta leikkausasennosta ja voi johtaa jopa pysyviin vaurioihin ja hengenvaaraan. Leikkausasennossa huomioidaan, että nukutettu potilas ei tiedosta onko asento huono vai hyvä. Leikkausasennon on oltava turvallinen ja leikkauksen kannalta esteetön. Pyritään sellaiseen leikkausasettoon, jossa potilaalla olisi hyvä olla myös hereillä ollessaan. (Karma ym., 2016, s. 104.) Leikkausasento pohjautuu potilasanalyysiin. (Lukkari ym., 2014, s. 281).

Leikkaus suoritetaan sängyllä, jota kutsutaan leikkaustasoksi. Leikkaustasolla on muunneltavia osia ja pehmusteita sekä leikkaustasolle voidaan asettaa myös lämmittimiä. Muunneltavien osien ja pehmusteiden ansiosta potilaan olo saadaan

mukavaksi ja turvalliseksi. Lämmittimet estävät potilaan palelun leikkaussalissa. (Terveyskylä, 2017.)

Potilas asetetaan leikkausasentoon puudutuksen tai nukutuksen jälkeen. Leikkauksen mukaan valitaan leikkausasento. Oikeanlainen leikkausasento ja potilasturvallisuus varmistetaan turvavöiden ja tukien avulla. Turvavyöt ja tuet pitävät potilaan hyvin paikallaan, jos leikkauksen aikana leikkauspöytää pitää käännellä. Ehkäistäessä hermovaurioita, tuet pehmustetaan tarvittaessa. Koko leikkauksoryhmä osallistuu leikkausasennon laittamiseen. (Terveyskylä, 2017.)

Potilaiden yksilölliset syyt voivat aiheuttaa haasteita laittaessa leikkausasentoja. Yksilöllisiä syitä voivat olla esimerkiksi ylipaino tai liikerajoitukset, sekä haasteet aikaisemmissa leikkauksissa ja kiputilat. Potilaan kohdalla, jolla on yksilöllisiä syitä, korostuu yksilöllinen asennonlaiton suunnittelu sekä innovatiivisuus. Leikkausasennon laittamisessa pyritään parhaaseen mahdolliseen kompromissiin, mikäli ihanneasentoa ei voida asettaa. Erityisleikkaustasoja käytetään ylipainoisilla potilailla. Ylipainoisilla potilailla on suuri riski pudota leikkaustasolta, koska suuri paino aiheuttaa siirtymisissä epävakautta. Erillisiä sivutukia käytetään ylipainoisen potilaan kohdalla ja näin minimoidaan putoamisen riski. Ylipaino lisää paineriskiä ja sen vuoksi käytetään riittävästi pehmusteita. Ylipainoisten potilaiden kohdalla huomioidaan henkilökunnan riittävyys, jotta luodaan turvallinen ympäristö potilaalle sekä taataan työntekijöille työturvallisuus. Ylipainoisilla potilailla on rintakehän ja keuhkojen toiminta heikentynyt ja leikkausasentojen vuoksi voi ilmetä hapettumisen häiriöitä, sekä ongelmat korostuvat. Potilaan massa painautuu tukia ja palleaa vasten. Ylipainoisten potilaiden kohdalla asennonlaitto edellyttää yksilöllistä suunnittelua ja kokonaisvaltaista huomiointia, tietoa, erikoislaitteita, myötätuntoa ja ennen kaikkea tiimityötä. (Karma ym., 2016, s. 108–109.)

Potilaan hauraus voi olla suuri riski leikkauksessa. Jopa pienetkin leikkaukset voivat olla kohtalokkaita fyysisesti hauraille vanhuspotilaille. (Duodecim, 2021.) Potilaan leikkaushoitoa suunniteltaessa huomioidaan fysiologinen rappeutuminen, lääkehoito, monisairastavuus sekä hauraus-raihnausoireyhtymä. Hauraus-raihnausoireyhtymä eli Gerastenia on pelkästään yksinään merkittävä riskitekijä, joka heikentää mahdollisuutta selvittää leikkauksesta. Leikkaushoitoa arvioitaessa ja

suunniteltaessa huomioidaan tieto, että haurailta potilailta on suurentunut riski joutua toistuviin laitoshoitajaksoihin, laitoshoitoon, joka on pysyvää tai jopa kuolla. Potilas, joka on hauras, ei välttämättä ole ilmiasultaan laiha, vaan potilas voi olla ”lihavalaiha”. Lihavahauraan potilaan tunnistaminen on haastavaa, sillä lihasmassan vähäisyys jää usein tunnistamatta. Potilaan suoristuskykyä sekä lihasten, sydämen ja hengitys- ja verenkiertoelimistön toimintaa voidaan arvioida kuuden minuutin kävelytestillä tai kotiaskareista selviytymisellä ja näistä aiheutuvalle fyysisellä rasituksella. (Ruohoaho ym., 2018.)

Muistisairaahan leikkauspotilaan kohdalla tärkeä näkökulma on toimiva kommunikaatio. Potilaan hyvinvointiin voidaan vaikuttaa voimakkaasti hoitajien toimesta sanomisilla ja tekemisillä. Potilaan kommunikaatiovaikeudet voivat johtua monesta syystä. Syitä voivat olla muistisairaus itsessään, tai esimerkiksi näön tai kuulon heikkeneminen. Potilaan kohdalla, jolla on käytössä apuvälineitä, hoitaja huolehtii apuvälineiden saatavuudesta. Muistisairaahan potilaan kanssa keskustellaan suoraan ja niin, että potilas tietää olevansa kommunikoinnin ja puheen kohteena. Potilasta puhutellaan nimellä sekä ollaan hyvässä katsekontaktissa. Eleikieli, jota hoitotyössä käytetään, tulisi pitää asiallisena ja hienovaraisena, kuten hellänä kosketuksena käsivarteen keskittymisen tueksi. Kosketus on tärkeä ja se luo potilaalle turvallisuuden tunnetta. Muistisairaahan potilaan kohdalla korostuu hoitohenkilökunnan rauhallisuus, läsnäolo, joka on fyysistä, potilaan kanssa riittävä ajankäyttö ja johdonmukaisuus. On suositeltavaa, että potilas pidetään ajan tasalla tilanteesta ja tulevista tapahtumista. Valaistuksen on oltava leikkaussalissa hyvä. Kiireetöntä ja leppoista tunnelmaa voidaan luoda rauhallisella musiikilla, ja näin saadaan luotua muistisairaalle turvallinen olo. Koska muistisairaspotilas ahdistuu helposti vieraassa ympäristössä, ei potilasta ole hyvä jättää koskaan yksin. (Pöyry & Rantanen, 2016, s. 19–21.)

Muistisairaahan potilaan kohdalla mahdollisia ongelmia ovat ahdistuneisuus ja sekavuus, aggressiivisuus sekä kieltäytyminen toimenpiteestä. Ahdistuneisuutta ja sekavuutta voidaan ennaltaehkäistä ja hoitaa lääkkeettömästi vuorovaikutuksen keinoin, olemalla läsnä ja rauhoittamalla potilasta. Potilasta voidaan rauhoittaa myös rauhoittavilla lääkkeillä. Aggressiivisen potilaan kohdalla turvataan hoitohenkilökunnan työturvallisuus ja tilanteet hoidetaan useamman henkilön

toimesta. (Pöyry & Rantanen, 2016, s. 20–21.) Mikäli potilas ei pysty enää itse määräämään hoidostaan tai ottamaan siihen kantaa, tehdään tärkeät hoitopäätökset yhteisymmärryksessä omaisten tai muiden läheisten kanssa. (Duodecim, 2014).

Sairaalassa on käytössä lonkkamurtumaleikkauksia varten leikkauspöytä, johon vaihdetaan ja liitetään vetotason osat. Vetotasoasennossa tarkastetaan seuraavat asiat. Alaraajaan, joka on vedon kohteena, kohdistuu vedon paine nilkan alueelle ja nivusiin. Polvitaipeseen kohdistuu toisen jalan paine, kun se asetetaan jalkatelineeseen. Jalka, joka on vedon kohteena, jalkaterän asento pehmustetaan ja asento kiinnitetään turvallisesti vetokengällä. Jalkojen väliin, nivusalueelle, jää tolppa ja se pehmustetaan. Myös sukupuolielimet pehmustetaan ja asento tarkastetaan. Jalka, jota ei leikata, kiinnitetään jalkatelineelle turvallisesti ja pehmustetaan. Käsien asento huomioidaan. Kädet asetetaan telineelle tai rintakehälle pehmustein ja peittein tuettuna. (Karma ym., 2016, s. 107.) Leikkauksen aikana käytetään läpivalaisulaitetta. Hyvä vetotasoasento on sellainen, että läpivalaisukonetta voidaan käyttää. (Oulaskankaan sairaala, i.a.) Läpivalaisulaitetta käytettäessä se asetetaan kuvauskohteeseen oikeaan kohtaan jalkojen välin kautta. (Luoma & Tuomisto, 2012, s. 24).

3.3 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuus on nykyaikaisen perioperatiivisen hoitotyön kulmakivi. Tasa-aseptiikka korostuu erityisesti perioperatiivisessa hoitotyössä. Potilasturvallisuudella leikkausosastolla tarkoitetaan niitä kaikkia periaatteita sekä toimintoja, joiden tavoite on varmistaa potilaan hoidon turvallisuus ja suojata potilasta vahingoittumiselta. Lääkinnällisten laitteiden laiteturvallisuus, lääkehoidon turvallisuus ja hoidon turvallisuus sisältyvät potilasturvallisuuteen. Laitteiden turvallisuutta uhkaavat mahdolliset toimintahäiriöt ja laiteviat. Tilanne, jossa potilasturvallisuus vaarantuu, on vaaratapahtuma. Vaaratapahtumassa potilaaseen ei välttämättä ulotu vaaratapahtuman vaikutus, mutta pelkkä haitan mahdollisuus tilanteessa,

joka on läheltä piti-tilanne, luo potilaalle mahdollisuuden vaaraan. Haittatapah-tuma taas on tilanne, jossa potilaalle on aiheutunut vamma. Vamma on syntynyt hoidon aikana, ja hoito on lääketieteellinen. Potilasturvallisuutta leikkaussalissa on oikeanlainen leikkausasento ja käytettävien laitteiden asianmukainen kunto, joilla ehkäistään hermo- ja jännevammoja sekä painehaavat. (Karma ym., 2016, s. 8–11.) Leikkaustiimin työ on tiimityötä, jonka tarkoituksena on sujuva ja tehokas työskentely, sekä taata potilaalle turvallinen ja hyvä hoito. (Kataja, 2011).

Elintoiminnoista huolehditaan leikkauksen aikana. Leikkausasennon aiheuttamia tavallisimpia ongelmia ovat sydämen- ja verenkierronhäiriöt, häiriöt hengityksessä, komplikaatiot, jotka liittyvät silmiin, jänne-, lihas, hermo- ja iho vauriot sekä puristus- ja painaumavammat. Vetotasoasennon vuoksi voi ilmetä seuraavia oireita: silmäkomplikaatioita, mikäli silmä jää huomioimatta ja auki tai painautuu, hermovaurioita hermon venytyksen, paineen ja verenkierron estymisen vuoksi, vähentynyt lihasjänteys anestesian aikana, asennon epätyypillisuus, korkea ikä, yleissairaudet esimerkiksi diabetes sekä ali- tai ylipaino. Yliojenusten välttäminen, asennon riittävä pehmustaminen ja tukeminen voivat ehkäistä hermovaurioita. Lihasvammoja voi aiheutua, mikäli potilas on liian kauan puristuksissa leikkausasennossa. Lihasvammat voidaan ehkäistä pehmusteilla ja asennon tarkistamisella turvallisiksi asennoksi. Ihovammat syntyvät yleensä ihoon kohdistuvan paineen vuoksi. Kova leikkaustaso tai terävä luunharjanne voivat aiheuttaa ihon puristumista ja ihovaurioita. Mikäli ihon verenkierto on heikentynyt jonkin sairau-den vuoksi, kuten esimerkiksi diabeteksen tai sydämen vajaatoiminnan vuoksi, voi painekohtaan syntyä painehaavauma 2–3 tunnissa. (Karma ym., 2016, s. 108.)

Potilaan painehaavariski arvioidaan potilaan tullessa hoitoon. Arviointi tehdään kliinisellä arvioinnilla, sekä lisäksi käytetään riskimittaria. Riskimittariin pelkätään ei voi luottaa, kun tehdään arviointia. Riskimittareita on erilaisia, ja potilas-kohtaisesti valitaan sopiva mittari. Painehaavariski arvioidaan aina uudelleen, kun potilaan voinnissa tapahtuu muutos. (Peltonen, i.a.) Leikkauksen aikana voi syntyä painehaavoja. Painehaava syntyy iholle tai ihonalaiskudokseen paineen tai venytyksen johdosta. Myös paine ja venytys yhdessä voivat aiheuttaa painehaavan. Painehaavoja voi tyypillisimmin syntyä ristiselkään, lonkkiin, pakaroihin tai

kantapäihin eli kohtiin, joissa on luisia ulokkeita. Painehaavan syntymisen tärkein tekijä on paine, joka on pitkittynyt. Painehaavan syntyyn kirurgisen toimenpiteen yhteydessä vaikuttaa nesteytyksen puutteellisuus, leikkauksen aikainen matala verenpaine, verenkierron heikkeneminen kudoksessa sekä hapenpuute, puutteellinen nesteytys ja ravitseminen ennen leikkausta, leikkauksen aikainen lasku kehon ydinlämmössä, leikkauksen asento, makuualustan laatu sekä toimenpiteen kesto. Painehaavapotilaat tarvitsevat hoitoa enemmän kuin potilaat, joilla ei ole painehaavaa. Painehaava pitkittää sairaalassa oloa, lisäävät kuluja sairaalalle sekä lisäävät terveydenhuollon palvelujen kulutusta potilaan sairaalasta kotiutumisen jälkeen. (Mustakallio & Torvela, 2016, s. 5–8.)

4 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSMENETELMÄ

Työ, joka on kehittämispainotteinen, voidaan toteuttaa kehittämishankkeena tai tuotekehittelynä. Työstä, joka on kehittämispainotteinen, käytetään useasti myös nimitystä toiminnallinen opinnäytetyö. Tavoite on ohjeistaminen käytännön toiminnassa, opastaminen, toiminnan järjeistäminen ja järjestäminen tai uusien palveluiden ja tuotteiden suunnittelu, toteutus ja mallintaminen. Kahteen pääryhmään voidaan jakaa kehittämispainotteiset opinnäytetyöt: tuotekehittelyyn, jonka lopputulos on konkreettinen uusi tuote tai palvelu, sekä kehittämäishankkeisiin, jossa kokeillaan ja kehitetään uusia työtapoja ja menetelmiä. (Diakonia-ammattikorkeakoulu, 2010, s. 33.) Tuotteiden kehittäminen sekä suunnittelu sosiaali- ja terveysalalle etenee tuotekehittelyn perusvaiheiden mukaisesti. Tavoitteet sekä aikaansaannokset määräytyvät tuotekehitysprosessissa hankekohtaisesti. Jos alkuvaiheessa on tehty päätös tuotteesta ja ominaisuuksista, on pääpaino silloin tuotteessa ja sen valmistamisessa. (Jämsä & Manninen, 2000, s. 28.) Käytännössä työskentely etenee prosessina alkaen kehittämistarpeen tunnistamisesta ja päättyen tulosten levittämiseen. Työskentely etenee ja muodostuu vaiheittain: kehittämistarpeen tunnistaminen, suunnittelu, toteutus, tuotos ja/tai tulos, arviointi, päätös, implementointi sekä tulosten levittäminen. Käytännössä usein eri vaiheet kehittämistoiminnassa lomittuvat toisiinsa yhtäaikaisesti. (Salonen, ym., 2017, s. 51–52.) Opinnäytetyö toteutettiin tuotekehittelynä. Tuotekehittelyn pohjana oli hyvin suunniteltu, aikataulutettu ja ideoita toiminta ja idea tuotteesta.

Tuotoksena syntyi uusi tuote, eli opetusvideo. Opetusvideo toteutettiin yhdessä yhteistyökumppanin kanssa. Yhteistyökumppanilla oli tarve opetusvideolle, eli materiaalille vetotasoasennon laittamisesta lonkkamurtumaleikkausta varten. Opetusvideo on sähköisessä muodossa.

Tuotekehittely on yleensä lyhyt ja kertaluonteinen prosessi. Sen tuloksena syntyy palvelu tai tuotos tietylle ryhmälle, ja näin samalla kehitetään työvälineitä toimintaan, joka on käytännössä. Tuotos voi olla esimerkiksi video käytännön työhön. Opinnäytetyön alussa hahmotellaan tavoite, ja sen liittyminen ammatilliseen käytäntöön. Ammatillisen kasvun kehittymistä on Diakin opinnäytetöiden edistettävä, joten tuotekehittelyllä tähän pyritään. Ammatillisten käytäntöjen ja produktion kohteen tutkittu tieto on pohjana produktion suunnittelussa, toteuttamisessa ja reflektoinnissa. Työ, joka painottuu tuotekehittelyyn, muodostuu toteutuksesta ja kirjallisesta raportista. Jatkuva dokumentointi on työssä tärkeä periaate. Oppimispäiväkirjan pitäminen koko prosessin läpi on hyväksi opiskelijalle. Oppimispäiväkirja mahdollistaa prosessin seurannan ja arvioinnin. (Diakonia-ammattikorkeakoulu, 2010, s. 33–34.) Tuotekehittely oli tiivis ja lyhyt prosessi. Hyvä suunnitelma ja aikataulutus mahdollisti tiiviin ja lyhyen prosessin. Työn edetessä eri vaiheet dokumentoitiin tarkasti, jotta voitiin seurata prosessin etenemistä. Mieleissä pidettiin myös, että tuote tuli ammattikäyttöön erikoissairaanhoidon. Tuotteen tuli olla laadukas ja ammatillinen.

Kehittämispainotteisen opinnäytetyön, jonka tuotoksena syntyy tuote eli produktio, on kirjallisesta osuudesta ilmentävä seuraavat asiat: produktion tarkoitus sekä tavoite, produktion suhde ammatillisiin käytäntöihin ja teorioihin sekä aikaisempiin tutkimustuloksiin, määrittely keskeisistä käsitteistä, asiakasryhmä ja toimintaympäristö, suunnitelma, kuvaus, arviointi työskentelyprosessista, palaute, joka on saatu produktiosta, arviointi työelämään soveltuvuudesta, sekä reflektointi, joka on suhteutettu tutkittuun tietoon. (Diakonia-ammattikorkeakoulu, 2010, s. 48.) Opinnäytetyölle asetettiin alussa selvä tarkoitus ja tavoite ja se säilyi koko prosessin ajan samana. Opinnäytetyön ja valmiin tuotteen kohderyhmä pidettiin koko prosessin ajan mielessä. Yhteistyökumppanin asiantuntijoita pidettiin ajan tasalla ja heiltä kysyttiin näkemystä asioihin. Opetusvideo julkistettiin

yhteistyökumppanille. Siitä kerättiin palautetta suullisesti ja sähköisessä muodossa. Lopuksi prosessista kirjoitettiin kirjallinen raportti.

Tuotekehitysprosessissa voi erottaa viisi eri vaihetta. Ensimmäinen vaihe on kehittämistarpeen tai ongelman tunnistaminen, seuraavana ideointi, ideoinnin jälkeen tuotteen luonnosteleminen, kehittäminen ja lopussa viimeistely. Vaiheesta toiseen voi siirtyä, vaikka edellinen vaihe ei olisi vielä päätöksessä. Tuotekehitysprosessi edellytyksenä on yhteistyö ja yhteydenpito eri toimijoiden välillä. (Jämsä & Manninen, 2000, s. 28–29.) Kehittämistyön prosessiin kuuluu idea, tavoitteen määrittely, suunnittelu, toteutus sekä päättäminen. Opinnäytetyön idea sai alkunsa sairaalan leikkausosastolta. Sairaala esitti toiveen opetusvideon teosta ja se oli työelämän tarpeeseen vastaava. Tavoitteena oli tuottaa selkeä opetusvideo sairaalan leikkausosaston sairaanhoitajien käyttöön. Videon toteutus suunniteltiin selkeinä kuvina ja puhutuin ohjein asennon etenemisen mukaisesti. Suunnitelmana oli tehdä videosta kohtuu pituinen ja kattava. Toteutus selvitetään tarkemmin kappaleessa 5 ja päättäminen kappaleessa 5.3.

Kehittämispainotteisen opinnäytetyön tuotoksena syntyi opetusvideo sairaanhoitajien ammattikäyttöön. Tuote oli uusi ja se perustui teorian tietoon. Työssä yhdistivät olemassa oleva teoria sekä käytännön kehittäminen ja siinä pyrittiin selkeyttämään vetotasoasennon laittamisen käytäntöä. Työssä perehdyttiin jo olemassa olevan toiminnan ja käytännön sisällä tapahtuvaan toimintaan, tarkemmin leikkausasennon asettamiseen leikkaussaliympäristössä. Työn tekijät osallistuiivat toimintaan kuvaamalla opetusvideon leikkaussalissa, käsikirjoittivat opetusvideon, kuvasit sen ja toimivat yhteistyössä yhteistyökumppanin kanssa. Opinnäytetyön lopputuloksena syntyi opetusvideo, joka on uusi tuote sairaanhoitajien työn tueksi. Opetusvideo ohjeisti, opasti, järkeisti ja järjesti vetotasoasennon laittamisen uudella ja yksityiskohtaisella ohjeella. Opinnäytetyöprosessi oli kerta-luontoinen ja lyhyt prosessi, jonka tuotoksena syntyi työväline käytännön rinnalle.

5 KÄYTÄNNÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyöprosessi alkoi loppuvuodesta 2020 ja se eteni aikataulun ja suunnitelman mukaisesti vuoden 2021 aikana. Suunnitelmana oli saada koko opinnäytetyöprosessi valmiiksi aikavälillä marraskuu 2020- joulukuu 2021. Tammikuussa 2021 laadittiin ideapaperi, joka hyväksyttiin helmikuussa 2021. Maaliskuussa 2021 laadittiin suunnitelma, jolle saatiin hyväksyntä opinnäytetyön ohjaajilta sekä yhteistyökumppanilta toukokuussa 2021. Työhön kuului toiminnallinen vaihe, eli videon kuvausvaihe. Videon kuvaus toteutettiin sairaalalla kesäkuussa 2021. Video päästiin kuvaamaan suunnitelmien mukaisesti, vallitsevasta Covid-19 pandemiasta huolimatta. Opetusvideon julkistaminen tapahtui yhteistyökumppanin tiiloissa syyskuussa 2021.

5.1 Toteutuksen suunnittelu

Opinnäytetyö toteutettiin hankkimalla teoria- ja tutkimustietoa opinnäytetyön teoreettiseksi lähtökohdaksi. Teoriatietoa hankittiin aikaisemmin laaditun kirjallisuuskatsauksen avulla ja teoriatiedon hakua jatkettiin aina videon työstämisen loppuun asti. Teoriatietoa haettiin manuaalisella haulla kirjastoista sekä luotettavista sähköisistä tietokannoista. Teoriatiedon hankinta osoittautui ajateltua hankalammaksi ja tietoa vetotasoasennosta löytyi hyvin suppeasti.

Opetusvideon suunnittelu aloitettiin heti opinnäytetyön prosessin käynnistyttyä. Suunnitelmana oli tehdä lyhyt sekä visuaalisesti että rakenteellisesti selkeä video, jonka voisi katsoa myös akuutissa tilanteessa. Suunnitelmana oli kuvata asennon laittaminen kuviksi, koska valokuvien kuvaamiseen löytyi opinnäytetyöntekijältä osaamista.

Opinnäytetyön tuotoksena syntyneestä opetusvideosta varten tehtiin käsikirjoitus. Käsikirjoitus laadittiin, kun yhteistyökumppani myönsi tutkimusluvan, ja yhteistyökumppanin asiantuntijat saatiin avuksi opinnäytetyön tekoon. Käsikirjoitus tehtiin käyttäen teoriatietoa ja sairaalan toimittaman kirjallisen vetotasoasennon kokoaamista koskevan ohjeen pohjalta. Käsikirjoituksen tekemisessä olivat mukana yhteistyökumppanin puolelta sisällön asiantuntijat ja lopullisen muotonsa ennen opetusvideon kuvausta käsikirjoitus sai asiantuntijoiden korjausehdotusten ja

hyväksynnän jälkeen. Käsikirjoituksesta ilmeni opetusvideon tarkoitus ja tavoite, kuvauksen ajankohta, tarvittava henkilökunta, Covid-19 pandemian aikaiset hygieniatoimet, vetotasoasennon laittamisen eteneminen, kuvien otto vaihe vaiheelta, videolla esitettävät kirjallisessa muodossa olevat tekstit, videolla puhuttavat yksityiskohtaiset ja selostavat repliikit asennon laitton etenemisestä sekä videon kokoamis- ja jälkityöt.

Kuvatut kuvat liitettiin yhdeksi videoksi tietokoneen videoeditorilla ja siihen liitettiin puhutut äänitiedostot asennon etenemisen mukaisesti. Kuvauskalustoksi valittiin järjestelmäkamera. Äänitiedostot äänitettiin tietokoneen ääninauhurilla. Tietokoneen videoeditorilla koottiin yksittäiset kuva- ja äänitiedostot videoksi. Kuvaustiimi pidettiin mahdollisimman pienenä vallitsevan koronatilanteen vuoksi.

5.2 Käytännön toteutus ja tuotos

Käytännön toteutus noudatti suunniteltua rakennetta käsikirjoitus, toteutus ja valmis tuotos. Opetusvideota päästiin kuvaamaan sovittuna ajankohtana kesäkuussa 2021. Kuvauksessa oli paikalla vallitsevan Covid-19 pandemian vuoksi vain yksi yhteistyökumppanin edustaja, joka toimi kuvauksessa asiantuntijana ja esiintyy opetusvideolla. Covid-19 pandemia huomioiden kuvaus toteutettiin asianmukaisesti suojautumalla kirurgisilla suu-nenäsuojilla ja huolehtimalla käsihygieniasta, sekä pitämällä turvavälejä. Opinnäytetyön tekijät saivat sairaalalta käyttöönsä henkilökunnan työvaatteet kuvauksen ajaksi. Leikkaussali varattiin opetusvideon kuvausta varten yhdeksi päiväksi. Päivän aikana käytössä oli leikkaussali ja tarvittava välineistö. Video kuvattiin opinnäytetyön tekijän toimesta. Videon kuvaamisen pohjana käytettiin laadittua käsikirjoitusta, teoretietoa ja tietoja, jotka saatiin kuvausvaiheessa yhteistyökumppanin edustajalta. Kuvaus toteutettiin kuvaamalla vetotasoasennon laittaminen valokuviksi vaihe vaiheelta. Kuvausvaiheessa ilmeni yllätyksenä leikkaussalin ahtaus, joka toi haastetta leikkaussalissa toteutettavalle kuvaukselle. Videolla esiintyvää potilasta esittää opinnäytetyön tekijä.

Käsikirjoitukseen tehtiin muutoksia opetusvideon kuvausvaiheessa. Käytännössä vetotasoasennon laittaminen oli käsikirjoituksesta poikkeava, ja tässä vaiheessa käsikirjoitukseen ja videon kuvaukseen tehtiin muutoksia. Opetusvideo kuvattiin vaihe vaiheelta oikeaoppisesti edeten, ja käsikirjoitukseen tehtiin muutoksia kuvauksen rinnalla. Käsikirjoitus, johon oli tehty muutoksia kuvaus hetkellä, toimitettiin kuvauksen jälkeen kuvauksessa mukana olleelle asiantuntijalle tarkistettavaksi. Korjausehdotusten jälkeen käsikirjoitusta muokattiin. Muokkauksen jälkeen käsikirjoitus videolle hyväksyttiin. Käsikirjoituksen puhuttavat osuudet, eli repliikit saivat lopullisen muotonsa käsikirjoituksen muutosten jälkeen ja yhteistyökumppanin asiantuntijan hyväksynnän jälkeen.

Opetusvideo koottiin yhdeksi videoksi videoeditorilla. Kuvattuja kuvia oli 258 kappaletta, joista valikoitui videolle 77 kuvaa. Lisäksi videon alussa esitetään 2 kuvapohjaa tekstein ja lopussa esitetään 2 kuvapohjaa tekstein. Kuvat koottiin käsikirjoituksen mukaiseen järjestykseen. Käsikirjoitukseen laaditut repliikit äänitettiin äänitiedostoiksi. Videolle liitettiin kuvakohtaiset, puhutut repliikit. Kuvien esiläoloa laskettiin sekunneissa, ja päädyttiin kuvakohtaiseen sekunti määrään, koska kuvakohtaisissa puhutuissa osuuksissa oli kestoaltaan vaihtelua. Videon kokonaiskesto on 16 minuuttia ja 44 sekuntia.

Opetusvideota suunniteltaessa suunnitelmana oli tehdä lyhyt ja selkeä opetusvideo. Kuvaus vaiheessa tulleiden muutosten vuoksi videosta tuli pidempi ja laajempi kuin oli suunniteltu. Opetusvideosta muotoutui hyvin yksityiskohtainen ja on sen myötä pidempi, kuin alkuperäisissä suunnitelmissa oli tarkoitus. Opetusvideon voi katsoa suunnitelman mukaisesti myös akuutissa tilanteessa, sillä se ei ole liian pitkä. Opetusvideo on visuaalisesti niin selkeä kuin leikkaussali ympäristössä on mahdollista kuvata. Opetusvideolla puhuttavat repliikit ovat lyhyitä ja selkeästi puhuttuja.

Aikataulullisesti opinnäytetyöprosessi oli lyhyt ja tiukka. Toimiva yhteistyö opinnäytetyön tekijöiden ja yhteistyökumppanin välillä mahdollisti työn nopean työstämisen. Aikataulutettu suunnitelma helpotti opinnäytetyöprosessin jäsentämistä, ja loi opinnäytetyön tekijöille ja työn valmistumiselle selvän aikataulun.

5.3 Tuotteen julkistaminen ja arviointi

Valmiin opetusvideon julkistaminen yhteistyökumppanille suunniteltiin alun perin toteutettavaksi etäyhteydellä. Etäyhteydessä ilmenneiden ongelmien vuoksi julkistaminen päädyttiin toteuttamaan paikan päällä yhteistyökumppanin tiloissa. Opetusvideo julkistettiin yhteistyökumppanille paikan päällä sovittuna ajankohdantana syyskuussa 2021. Julkistamistilaisuuteen oli varattu luentosali. Paikalla olivat yhteistyökumppanin edustajat. Opinnäytetyön julkistaminen eteni suunnitelman mukaisesti. Julkistamistilaisuudessa esitettiin valmis opetusvideo, käytiin läpi opinnäytetyön kirjallista raporttia, sekä käytiin vapaata keskustelua. Vapaassa keskustelussa nousi esille videon tarpeellisuus; video oli hyvä ja ajankohdantainen sairaanhoitajien työn tueksi, videon oikeanlaisuus; se esitteli vetotasoasennon laittamisen yksityiskohtaisesti ja oikein, sekä opinnäytetyön tekijöiden ahkeruus ja syventyminen asiaan. Vapaassa keskustelussa opetusvideota kuvattiin tarkaksi, yksityiskohtaiseksi, visuaalisesti selkeäksi ja rauhallisesti puhutuksi videoksi. Opetusvideo toimitettiin yhteistyökumppanille muistitikulla ja sähköisenä tiedostona.

Opetusvideosta kerättiin palautetta Webropol-kyselyn avulla. Yhteistyökumppanilla oli aikaa vastata Webropol-kyselyyn viikko syyskuussa 2021. Webropol-kyselyssä oli kysymyksiä kyllä, ei ja en osaa sanoa vastausvaihtoehdoilla, sekä vapaan palautteen kohta. Kyselyitä lähetettiin 35 kappaletta. Kyselyyn saatiin vastauksia 8 kappaletta. Vastausprosentti 23 %.

1. Vastaako opetusvideo tarkoitustaan, eli ohjeistaako se oikeanlaisen vetotasoasennon laittamisen?

Vastauksista 100 % oli sitä mieltä, että opetusvideo ohjeisti oikeanlaisen vetotasoasennon laittamisen.

2. Onko opetusvideo selkeä?

Vastauksista 90 % oli sitä mieltä, että opetusvideo oli selkeä. 10 % oli sitä mieltä, että ei ole selkeä.

3. Onko opetusvideosta hyötyä/apua asennon laittamisessa?

Vastauksista 80 % oli sitä mieltä että, opetusvideosta oli hyötyä/apua asennon laittamisessa. 20 % oli sitä mieltä, että ei osannut sanoa onko opetusvideosta hyötyä/apua asennon laittamisessa.

4. Voiko opetusvideota käyttää sairaanhoitajan työn tukena?

Vastauksista 100 % oli sitä mieltä, että opetusvideota voi käyttää sairaanhoitajan työn tukena.

5. Kehittääkö opetusvideo sairaanhoitajan ammatillista osaamista vetotasoasennon laittamisessa?

Vastauksista 100 % oli sitä mieltä, että opetusvideo kehittää sairaanhoitajan ammatillista osaamista.

6. Vapaan palautteen kohta. Tässä kohdassa voit antaa vapaata palautetta opinnäytetyön prosessista ja valmiista tuotoksesta.

Vastauksia saatiin 6 kappaletta. Neljässä vastauksessa opetusvideon kerrottiin olevan hyvä ja selkeä sekä siitä olevan hyötyä vetotasoasennon laittamisen varmistamisessa ja perehdytyksessä. Kahdessa vastauksessa opetusvideoon olisi kaivattu enemmän selkeyttä esimerkiksi vetokengän kokoamiseen.

Yhteistyökumppani ja opinnäytetyön tilaaja oli pohjoissuomalainen sairaala, tarkemmin sairaalan leikkausosasto. Sairaala tarjosi opinnäytetyön aiheeksi vetotasoasennon laittamista lonkkamurtumaleikkausta varten ja siitä tehtävää opetusvideota sairaanhoitajia varten. Sovimme aiheen ottamisesta opinnäytetyömme aiheeksi ja näin yhteistyö syntyi.

Opinnäytetyön tavoite oli kehittää sairaanhoitajien ammatillista osaamista sairaalan leikkausosastolla. Työn tuotoksena syntyvä video kuvattiin sairaanhoitajien työpaikalla, heille tutussa ympäristössä, jossa on tuttu välineistö vetotasoasennon laittamista varten. Opinnäytetyön toiminnallisena toteutusympäristönä toimi yhteistyökumppani sairaala ja tarkemmin sairaalan leikkausosasto. Sairaalan leikkausosastolla työskentelee sairaanhoitajia, anestesia- ja kirurgeja, ortopedieja ja lääkintävahtimestareita.

7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli tuottaa opetusvideo vetotasoasennon laittamisesta lonkkamurtumaleikkausta varten sairaanhoitajien käyttöön. Työn tavoite oli kehittää leikkausosaston sairaanhoitajien ammatillista osaamista vetotasoasennon laittamisessa.

Opetusvideo toimii sairaanhoitajien työn tukena erityisesti ilta-, viikonloppu- ja loma-aikoina, jolloin heidän tehtävänkuvaansa kuuluu leikkausasetojen laittaminen. Yhteistyökumppanin tarve oli vetotasoasennon laittamiseen suunnattu opetusvideo. Opetusvideota käytetään työelämässä sairaanhoitajien työn tueksi ja sitä voidaan käyttää myös erinäisissä koulutuksissa tai uuden työntekijän perehdyttämisessä työtehtäviin. Opetusvideossa opetettiin ja ohjattiin oikeanlaisen vetotasoasennon laittaminen.

8 POHDINTA

Aiheena vetotasoasennon laittaminen oli molemmille opinnäytetyön tekijöille aluksi vieras, mutta kiinnostavalta ja perehtymisen arvoiselta kuulostava aihe. Aiheeseen tartuttiin rohkeasti, sillä kummallakin oli perioperatiivisesta hoitotyöstä vähän tietoa. Vähäisenkin tiedon myötä, oli helppo tarttua vieraaseen aiheeseen, koska pohjatietona oli jo hieman taustateoriaa. Työn edetessä tietämys vetotasoasennon laittamisesta sekä perioperatiivisesta hoitotyöstä kasvoi. Opinnäytetyön teorian tiedon hankinnan ja opetusvideon kuvaamisen myötä syntyi laajempi kuva perioperatiivisesta hoitotyöstä ja oikeanlaisen leikkausasennon tärkeydestä.

Tuotekehitys oli mielenkiintoinen ja tiivis prosessi. Uusi tuote eli opetusvideo syntyi opinnäytetyöntekijöiden mielenkiinnon ja yhteistyökumppanin mahdollistaman saumattoman ja ammatillisen yhteistyön tuotoksena. Opinnäytetyölle ja opetusvideon teolle laadittiin tarkka aikataulu sekä suunnitelma, ja työ eteni näiden mukaisesti. Prosessi eteni vaihe vaiheelta aikataulun mukaisesti yhteistyökumppanin hankkimisesta ideapaperiin ja suunnitelmaan, sekä edeten käytännön toteutukseen ja valmiiseen tuotokseen. Tuotekehitykselle laadittiin selvä suunnitelma. Suunnitelma sisälsi teorian tiedon hankinnan sekä tutkimusmenetelmän valinnan, tiedon siitä mitä tehdään ja minne tehdään, kohderyhmän, tarkoituksen ja tavoitteen, tarkan kuvauksen käytännön toteutuksesta eli opetusvideon kuvauksesta sekä suunnitelman raportoinnista ja julkistamisesta. Opetusvideon kuvauksen tueksi tehtiin käsikirjoitus, jonka teossa oli mukana yhteistyökumppani. Nopean ja suunnitelmallisen prosessin ja tuotekehityksen mahdollisti opinnäytetyön tekijöiden sujuva yhteistyö, sekä sujuva kommunikointi ja yhteistyö opinnäytetyöntekijöiden sekä yhteistyökumppanin välillä. Prosessi eteni aikataulun ja suunnitelman mukaisesti eikä vastoinkäymisiä ollut. Aikataulut ja suunnitelma tehtävästä työstä olivat toimivat.

Opinnäytetyöllä pyrittiin kehittämään vetotasoasennon laittamisen käytäntöä. Työn tuotoksena syntyneellä opetusvideolla saavutettiin se mitä haettiin, eli laadukas ja opettava video sairaanhoitajien käyttöön työn tueksi. Tavoitteeseen päästiin hyvin. Opetusvideosta tuli hyvä ja kattava kuvaus vetotasoasennon laittamisesta lonkkamurtumaleikkausta varten.

Opinnäytetyön tuotoksena syntynyt opetusvideo kehittää työelämää ja hoitotyötä konkreettisella ohjeella ja tuotteella, jota käytetään sairaanhoitajan työn tukena leikkaussalissa. Sairaanhoitajan työn kannalta on tärkeää, että työn tukena on oikeanlainen ja tarkka ohje vetotasoasennon laittamisesta, jotta voidaan taata turvallinen ja leikkauksen kannalta optimaalinen leikkausasento.

8.1 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön tekijöiden tietämys perioperatiivisesta hoitotyöstä ja leikkausasennon laitosta opinnäytetyöprosessin alussa oli vähäinen. Työllä lähdettiin tavoittelemaan ammatillisen kasvun näkökulmasta syvempää tietämystä jo opittujen tietojen ja taitojen tueksi ja rinnalle, ja se saavutettiin. Opinnäytetyöprosessi, työstäminen ja pohtiminen lisäsivät sekä vahvistivat opinnäytetyöntekijöiden ammatillista osaamista ja kasvua, sekä kehitystä sairaanhoitajiksi. Työn aihe ja koko prosessi loivat syvemmän ymmärryksen perioperatiivisesta hoitotyöstä. Opinnäytetyöprosessi oli raskas ja aikaa vievä, mutta loppujen lopuksi ammatillisuutta kehittävä. Perioperatiivisen hoitotyön alue on sairaanhoitajan koulutuksessa hyvin vähäinen, ja opinnäytetyö loi hyvää pohjaa tuon alueen tuntemiselle.

Ammatillinen kasvu sekä tietämys vetotasoasennon laittamisesta ja perioperatiivisesta hoitotyöstä kasvoi paljon opinnäytetyöprosessin aikana. Opinnäytetyön tekijöille on hyötyä tulevaisuudessa tiedoista, jotka tulivat perioperatiiviselle osa-alueelle tehdystä työstä, sillä ymmärrys leikkauspotilaan leikkaussalissa tapahtuvasta hoidosta on erilainen kuin ilman opinnäytetyön tekoa. Tätä tietoa voi hyödyntää tulevaisuuden töissä, monenlaisella osa-alueella, kuten esimerkiksi ennen tai jälkeen leikkauksen tapahtuvassa hoitotyössä.

Sairaanhoitaja vastaa toteuttamastaan hoitotyöstään henkilökohtaisesti. Sairaanhoitajalla on myös velvollisuus ammattitaidon jatkuvaan kehittämiseen ja ylläpitämiseen toimiessaan sairaanhoitajan ammatissa. (Sairaanhoitajat, i.a.)

Tällä opinnäytetyöllä sekä tuotoksena syntyvällä produktiolla on merkitystä ammattialalle. Se toimii sairaanhoitajien työn tukena, sekä vahvistaa sairaanhoitajien ammatillista osaamista ja antaa ymmärrystä sekä tietoa oikeanlaisen lonkka-leikkausasennon asettamisen tärkeydestä.

8.2 Eettisyys ja luotettavuus

Vuorovaikutus, joka on tasa-arvoista, ihmisten välistä kunnioitusta ja oikeudenmukaista ovat tavoitteena eettisissä ratkaisuissa kehittämis- ja tutkimustoiminnassa. Kriittinen asenne tietoja ja käytäntöjä kohtaan on myös eettisyyttä. Kriittisyys, joka on rakentavaa, luo pohjaa ammattikäytäntöjen mahdollisimman hyvälle kehitymiselle ja ammattikäytäntöjen arvioinnille, joka on jatkuvaa. Eettisyys kehittämis- ja tutkimusprosessissa tarkoittaa tekijän ja ohjaajan suhtautumista työhön, ongelmiin ja muihin ihmisiin, jotka liittyvät työhön. Eettisyys näkyy työn aiheen valintana, tiedonhankinnassa ja suhtautumisessa prosessiin ja tuloksiin. Läpinäkyvyyttä ja rehellisyyttä edellytetään kehittämis- ja tutkimustyöltä. (Diakonia-ammattikorkeakoulu, 2010, s. 11–12.)

Eettisyys otetaan huomioon tutkimuskohteen ja yhteisön kohdalla. Tutkimukselle saadaan lupa kehittämis- ja tutkimushankkeissa, ja sen antaa tietoja antavat henkilöt ja organisaatio. Tutkimusluvan saanti edellyttää, että tutkimusluvan antavia henkilöitä informoidaan työstä ja työn tavoitteista. Tutkimusluvan saatuaan työn tekijät suostuvat siihen, että saatua aineistoa ei päädy muuhun kuin siihen tarkoitukseen mihin tutkimuslupa on saatu. Henkilöt, jotka ovat mukana tutkimus- ja kehittämishankkeessa voivat halutessaan pyytää luettavaksi tekstejä, joihin he ovat antaneet tietoja. Heidän mahdollinen kommentointinsa tekstien osalta otetaan huomioon arvioinnissa ja pohdinnassa. Työtä kirjoittaessa pidetään huoli siitä, että yksittäisiä henkilöitä ei tunnisteta. (Diakonia-ammattikorkeakoulu, 2010, s. 12–13.)

Opinnäytetyön tekijät pyrkivät koko työn prosessin ajan luotettavan, laadukkaan ja ajankohtaisen lähdemateriaalin käyttöön. Lähteiden luotettavuuden arviointi kuului työn prosessiin koko sen ajan. Lähteet pyrittiin rajaamaan tietokantoihin,

jotka olivat luotettavia, ja manuaalisella haulla haettiin luotettavaa ja laadukasta tietoa.

Opinnäytetyö toteutettiin eettisiä periaatteita ja arvoja noudattaen. Työssä pyrittiin luotettavuuteen ja läpinäkyvyyteen, sekä huolelliseen työskentelyyn ja lopuksi prosessin yksityiskohtaiseen kuvaamiseen. Opinnäytetyön prosessissa otettiin huomioon yhteistyökumppanin ehdotukset ja toiveet. Yhteistyö yhteistyökumppanin kanssa perustui eettisiin arvoihin ja periaatteisiin. Yhteistyötä tehtiin ihmisarvoa kunnioittaen, vastuullisesti ja oikeudenmukaisesti, sekä uusiutumiskykyisesti ja avoimesti. Opinnäytetyön luotettavaksi kulmakiveksi laadittiin opinnäytetyösopimus yhteistyökumppanin kanssa. Opinnäytetyön tekijät pyrkivät antamaan itsestään luotettavan kuvan yhteistyökumppanille koko prosessin ajan toiminnallaan, viestimisellään ja työn eteenpäin saattamisella vähintään aikataulun mukaisesti. Opinnäytetyön tekijöiden tavoite oli luoda luottamuksellinen suhde yhteistyökumppaniin ja tuottaa heille tilaamansa opetusvideo.

8.3 Jatkokehitysidea

Jatkokehitysideana tälle opinnäytetyölle toimisi videon rinnalle laadittava paperinen ohjevihko, jota voisi käyttää vetotasoasennon laittamisessa videon rinnalla ja työn tukena.

LÄHTEET

- Aaltola, J. & Valli, R. (2015). Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. PS-kustannus.
- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. (2016). Kliininen hoitotyö. (s. 710–711, 717). Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu. (2010). Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. (s. 11–13, 33–34, 48). Saatavilla 27.2.2021 https://www.diak.fi/wp-content/uploads/2017/12/Diak_Kohti_tutkivaa_ammattikaytantoa_opas.pdf
- Duodecim. (2021). Hauraalle vanhukselle pienikin leikkaus voi olla vaarallinen. Saatavilla 8.5.2021 <https://www.duodecim.fi/2021/01/12/hauraalle-vanhukselle-pienikin-leikkaus-voi-olla-vaarallinen/>
- Duodecim. Käypä hoito- suosituksen päivitystiivistelmä. (2011). Lonkkamurtuma. Saatavilla 9.5.2021 <https://www.duodecimlehti.fi/duo99661>
- Duodecim. Käypä hoito- suositus. (2017). Lonkkamurtuma. Saatavilla 9.5.2021 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50040>
- Duodecim. Käypä-hoito suositus. (2014). Leikkausta edeltävä arviointi. Saatavilla 9.5.2021 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50066#s9>
- Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E-L. (2015). Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen- Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuushanke. Saatavilla 27.2.2021 <https://www.epressi.com/media/userfiles/15014/1442254031/loppuraportti-sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>
- Hertz, K. & Santy-Tomlinson, J. (2018). Springer Open. Fragility Fracture Nursing. Holistic Care and Management of the Orthogeriatric Patient. Saatavilla 24.4.2021 <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-319-76681-2.pdf>
- Hervonen, A. (2020). Tuki- ja liikuntaelimestön anatomia. (s. 29–30). Tampere: Tampereen Kandidaattikoulutus Oy.
- Hoitotyön tutkimussäätiö. (2020). Mitkä ovat merkittäviä tekijöitä lonkkamurtumapotilaan hoidon preoperatiivisen vaiheen aikana? Saatavilla

9.4.2021 <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2020/12/naytto-vinkki-14-2020.pdf>

- Ilola, T., Heikkinen, K., Hoikka, A., Honkanen, R. & Katomaa, J. (2013). Anestesiahoitotyön käsikirja. (s. 188). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Jämsä, K. & Manninen, E. (2000). Osaamisen tuoteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. (s. 28–29). Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Karma, A., Kinnunen, T., Palovaara, M. & Perttunen, J. (2016). Perioperatiivinen hoitotyö. (s. 8–12, 54–94, 104, 108–109). Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Karma, A., Kinnunen, T., Palovaara, M. & Perttunen, J. (2018). Perioperatiivinen hoitotyö. (s. 103). Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kataja, A-R. (2011). Leikkausosaston riskinarvioinnilla potilas- ja työturvallisuuden kehittämiseen. Saatavilla 9.5.2021 https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/36330/Kataja_Arja-Riikka.pdf?sequence=1
- Leppäniemi, A., Pajarinen, J., Hirvensalo, E. & Salminen, P. (2019). Päivystyskirurgian opas. (s. 368). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. (2014). Perioperatiivinen hoitotyö. (s. 11, 281). Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Luoma, S. & Tuomisto, J. (2012). Turvalliset leikkausasennot. Jatko-opas henkilökunnalle. (s. 24). Saatavilla 2.8.2021 <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/53691/Turvalliset%20leikkausasennot.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Michelsson, O., Björkenheim, J-M., Kirjavainen, M. & Pajarinen, J. (2005). Behandling av höftfrakturer. (s. 21–23). Saatavilla 31.5.2021 https://www.fl.s.fi/Site/Data/884/Files/fls/flsh205/s021-025_Oliver_Michelsson_mfl.pdf
- Mustakallio, M. & Torvela, J. (2016). Painehaavojen ehkäisy intraoperatiivisessa vaiheessa. (s. 5–8). Saatavilla 9.5.2021 https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/122171/Mustakallio_Mari_Torvela_Jenni.pdf?sequence=1
- Niskanen, L., Glad, J., Korhonen, H., Savolainen, H. & Kajander-Unkuri, S. (2019). Valmistuvan sairaanhoitajan valmiudet leikkaushoitotyöhön - selvitys opinnäytetyönä osana kansainvälistä hanketta. (s. 22). Pinsetti 1/2019, Suomen Leikkausosaston Sairaanhoitajat ry:n

- ammattijulkaisu. Saatavilla 27.2.2021 https://www.forna.fi/images/PDF_tiedostot/Pinsetit/2019/pinsetti_2019_1_valmis.pdf
- Oulaskankaan sairaala. (i.a.). Lonkkamurtuman vetotason kokoaminen.
- Peltonen, M-L. (i.a.). Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Painehaavariskimittarit tukena painehaavariskin arvioinnissa. Saatavilla 9.5.2021 http://www.epshp.fi/files/11070/Painehaavariskimittarit_tukena_painehaavariskin_arvioinnissa.pdf
- Pöyry, M. & Rantanen, S. (2016). Muistisairaahan potilaan kohtaaminen leikkausosastolla. (s. 19–21). Saatavilla 8.5.2021 https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/108816/Po-ry_Mikko_Rantanen_Satu.pdf?sequence=3
- Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. (2010). Kirurgia. (s. 197). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Rotko, N. (2010). Leikkausasennot anestesiologin näkökulmasta. Saatavilla 23.5.2021 http://www.finnanest.fi/files/rotko_leikkausasennot.pdf
- Ruohoaho, U-M., Kokki, M. & Kokki, H. (2018). Vanhuspotilaan leikkausta edeltävä arviointi. Saatavilla 8.5.2021 http://www.finnanest.fi/files/ruo-aho_kokki_kokki_vanhuspotilaan.pdf
- Sairaanhoitajat. (i.a.). Ammattietiikka ja kollegiaalisuus. Eettiset ohjeet suomeksi. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Saatavilla 23.3.2021 <https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/kollegiaalisuus-ja-ammattietiikka/>
- Salonen, K., Eloranta, S., Hautala, T. & Knos, S. (2017). Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Saatavilla 7.10.2021 <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166494.pdf>
- Särkijärvi, A. (2014). Hyvä leikkausasetoperatiivisen hoidon tukena. Pinsetti 3/2014, Suomen Leikkausosaston Sairaanhoitajat ry:n ammattijulkaisu. (s. 15). Saatavilla 11.8.2021 https://www.forna.fi/images/PDF_tiedostot/Pinsetit/pinsetti_2014_3.pdf
- Terveyskylä. Leikkaussalissa. (30.11.2017). Saatavilla 20.2.2021 <https://www.terveyskyla.fi/leikkaukseen/leikkaukseen-tulijalle/leikkausp%C3%A4iv%C3%A4n%C3%A4/leikkaussalissa>
- Terveyskylä. Valmistelut sairaalassa. (2018). Saatavilla 9.5.2021 <https://www.terveyskyla.fi/leikkaukseen/leikkaukseen-tulijalle/leikkausp%C3%A4iv%C3%A4n%C3%A4/valmistelut-sairaalassa>

Yli-Kyyny, T. (2014). Lonkkamurtumien kirurginen hoito Suomessa rekisteriaineistojen valossa. Saatavilla 23.5.2021 http://www.soy.fi/files/sot1-14_lonkkamurtumien_kirurginen_hoito.pdf