



# **SAIRAANHOITAJAN AMMATILLI- NEN OSAAMINEN HERÄÄMÖHOI- TOTYÖSSÄ**

Juho Perkiö

Jukka Talus

Opinnäytetyö  
Maaliskuu 2013  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU

Tampere University of Applied Sciences

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

PERKIÖ, JUHO & TALUS, JUKKA:  
Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen heräämöhoidotyössä

Opinnäytetyö 61 sivua, joista liitteitä 6 sivua  
Maaliskuu 2013

---

Opinnäytetyön aihe nousi omasta mielenkiinnostamme heräämöhoidotyöhön. Työelämältä saimme ehdotuksena lopullisen aiheen. Opinnäytetyö on tehty eräälle Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosastolle, jolle aihe on ajankohtainen meneillään olevien rakennemuutosten vuoksi. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, minkälaista osaamista sairaanhoitajilta edellytetään heräämöhoidotyössä. Opinnäytetyö on laadullinen, ja aineisto on kerätty haastattelemalla neljää heräämöhoidotyötä tekevää sairaanhoitajaa. Teoreettisissa lähtökohdissa on paneuduttu heräämöhoidotyön näkökulmasta potilasturvallisuuteen sekä potilaan tarkkailuun ja hoitoon.

Tuloksista ilmenee, että hyvä heräämöhoidotyö on potilasta kunnioittavaa sekä hänen tarpeitaan ja tunteitaan huomioivaa. Hoidon ja tarkkailun tulee olla kokonaisvaltaista. Myös psyykkisestä hyvinvoinnista huolehtiminen on tärkeää. Potilasturvallisuuteen liittyvät tekijät nousivat tuloksissa esille. Sairaanhoitajan tulee pystyä huolehtimaan sekä potilaan fyysisestä, että psyykkisestä turvallisuudesta. Tulosten mukaan riittävät resurssit ja heräämön järjestelmällisyys parantavat potilasturvallisuutta. Sairaanhoitajalta vaaditaan heräämössä laajaa ammatillista osaamista. Potilaan kokonaisvaltaisen tarkkailun ja hoidon hallinta heräämöhoidotyössä on tärkeää. Tuloksissa nousevat tarkkailulaitteiden käyttö ja tulkinta, lääkehoidon hallinta sekä hyvät kliiniset taidot usein esille. Heräämössä korostuvat hyvä kivunhoito ja pahoinvoinnin hoito. Potilaan tilan muutoksiin tulee osata reagoida nopeasti tekemällä itsenäisiä päätöksiä. Sairaanhoitajalla on oltava myös riittävä tietämys anestesia- ja leikkauksista. Heräämöhoidotyön tavoitteena on potilaan oikea-aikainen siirtyminen vuodeosastolle, joten sairaanhoitajan tulee osata arvioida potilaan kokonaisvointia tältä kannalta.

Opinnäytetyön tuloksia hyvästä heräämöhoidotyöstä voisi käyttää apuna heräämöhoidon laadun ja potilasturvallisuuden kehittämisessä. Opinnäytetyö auttaa myös arvioimaan sairaanhoitajan edellytyksiä toimia heräämöhoidotyössä ja uusien työntekijöiden perehdytyksen suunnittelussa.

---

Asiasanat: heräämö, potilasturvallisuus, heräämöhoidotyö, sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Training Programme of Nursing  
Degree Programme of Nursing

PERKIÖ, JUHO & TALUS, JUKKA:  
Nurses' Professional Competence in Post-Anaesthetic Care Unit

Bachelor's thesis 61 pages, appendices 6 pages  
March 2013

---

The purpose of this study was to research what kind of professional competence is required from nurses a post-anaesthetic care unit. The thesis was qualitative in nature, and based on interviews. The data were collected through semi-structural interviews from four nurses who work in a post anaesthetic care unit. The data were analyzed by using qualitative content analysis. Theoretical bases of the thesis were patient caring, monitoring and patient safety in a post anaesthetic care unit.

The results revealed that good post anaesthetic care is respectful toward patients and acknowledges patients' needs and feelings. Pain management and treatment of nausea should be emphasized in the post anaesthetic care unit. Nursing in the post-anaesthetic unit requires extensive professional competence. Nurses have to master comprehensive patient care and monitoring, needs good clinical skills and have to master medication and the use of different devices when working in a post-anaesthetic care unit. The nurse must also be prepared to make independent decisions in rapidly changing situations, have a wide-ranging knowledge of anaesthetics and surgeries, and has to be able to estimate patients' condition in view of a possible ward transfer.

The results of the thesis present issues regarding good post-anaesthetic care, so they could be used to help develop the quality of post-anaesthetic care and patient safety.

---

Key words: post anaesthetic care unit, patient safety, nurses' professional competence

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET.....	8
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	9
4	HYVÄN HERÄÄMÖHOIDON KRITTEERIT.....	10
	4.1 Heräämö.....	10
	4.2 Hyvän hoidon kriteerit.....	11
5	POTILASTURVALLISUUS HERÄÄMÖHOITOTYÖSSÄ.....	13
6	SAIRAAHOITAJAN AMMATILLINEN OSAAMINEN.....	15
7	POTILAAN TARKKAILU JA HOITO HERÄÄMÖSSÄ.....	19
	7.1 Hengitys.....	19
	7.2 Verenkierto.....	22
	7.3 Tajunnan taso.....	23
	7.4 Kipu.....	24
	7.4.1 Kivun voimakkuuden arviointi.....	25
	7.4.2 Kivun hoito.....	25
	7.5 Pahoinvointi.....	26
	7.6 Lihasvoima.....	28
	7.7 Lämpötasapaino.....	28
	7.8 Nestetasapaino.....	29
	7.9 Leikkausalue.....	29
8	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT.....	31
	8.1 Laadullinen tutkimus.....	31
	8.2 Aineiston keruu.....	31
	8.3 Sisällönanalyysi.....	32
9	TULOKSET.....	36
	9.1 Potilaan kokonaisvaltainen tarkkailu.....	36
	9.2 Potilaan kokonaisvaltainen hoito.....	37
	9.3 Potilasturvallisuus heräämöhoitotyössä.....	38
	9.4 Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen heräämöhoitotyössä.....	41
10	POHDINTA.....	47
	10.1 Tulosten tarkastelu.....	47
	10.2 Eettiset kysymykset.....	49
	10.3 Opinnäytetyön luotettavuus.....	51
	10.4 Pohdinta ja kehittämishaasteet.....	52
	LÄHTEET.....	54
	LIITTEET.....	56

Liite 1. Aiheeseen liittyvä tutkimus.....	56
Liite 2. Aiheeseen liittyvä tutkimus.....	57
Liite 3. Aiheeseen liittyvä tutkimus.....	58
Liite 4. Haastattelun teemat.....	59
Liite 5. Saatekirje haastateltaville.....	60
Liite 6. Lupalomake haastattelua varten.....	61

## 1 JOHDANTO

Potilaat odottavat sairaanhoitajilta ammatillista osaamista. Henkilökunnan asiantuntemus ja huomaavainen käyttäytyminen sekä potilaan kunnioitus ja tarpeiden huomiointi nostavat potilaiden turvallisuudentunnetta ja kokemusta hyvästä hoidosta. (Nilsson, Unosson & Kihlgren 2005, 101.) Hildenin (2002, 54) tutkimuksesta ilmenee, että myös työyhteisöt odottavat sairaanhoitajalta ammatillista osaamista. Kaiken lähtökohta on oman ammattinsa ja työnsä arvostaminen. Sairaanhoitajalta odotetaan hyviä auttamistaitoja, muutoksenhallintakykyä, päätöksentekotaitoja, suunnittelutaitoa, itsenäisen työskentelyn osaamista, asiakaslähtöistä toimintaa, oman persoonansa tuntemusta ja sen hyödyntämistä työssään sekä arviointi- ja kehittämistaitoja. Myös omasta erikoisalasta tulee olla viimeisimmät tiedot ja osaaminen.

Perioperatiivinen hoitotyö on yksi hoitotyön erikoisala. Perioperatiivisen hoitotyön postoperatiivinen vaihe alkaa potilaan siirrosta heräämööseen (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 359). Ensimmäinen varsinainen heräämö aloitti Suomessa toimintansa 1.9.1965. Lääkkeet ja laitteet sekä heräämöhoidotyön luonne ovat tuosta ajasta muuttuneet valtavasti nopealla tahdilla. Heräämöhoidotyö on haastavaa ja jatkuva kouluttautuminen on ehtona ammattitaidon ylläpidolle. (Leskinen 2002, 28.) Heräämössä henkilökunnalla on oltava tarvittava osaaminen ja välineet kriittisessä tilassa olevan potilaan hoidon toteuttamiseen (Hatfield & Tronson 2009, 8).

Heräämöhoidossa korostuu leikkauksesta toipuvan potilaan avuntarve. Tässä sairaanhoitajan tiedoilla, taidoilla ja tarkkaavaisuudella on keskeinen merkitys. (Lukkarinen ym. 2012, 6.) Heräämöhoidotyössä sairaanhoitajan osaaminen painottuu potilaan elintoimintojen tarkkailuun ja ylläpitoon. Sairaanhoitajalla tulee olla riittävät ja monipuoliset kliiniset taidot sekä tiedot ja taidot lääkehoidosta, kivun hoidosta, aseptiikasta ja nestehoidosta. Sairaanhoitajalla on oltava riittävä tietämys ihmisen anatomiasta ja fysiologiasta sekä farmakologiasta. (Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006, 68–70.) Laadukkaassa hoitotyössä toteutuu potilasturvallisuus. Hoitomenetelmien ja koko hoitoprosessin tulee olla turvallisia. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen lisää hoidon turvallisuutta. (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006, 5.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää, minkälaista osaamista sairaanhoitajilta edellytetään heräämöhoidotyössä. Haastattelimme erään Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosaston neljää sairaanhoitajaa, jotka tekevät heräämöhoidotyötä. Saimme aiheen kyseisen osaston osastonhoitajalta, joka koki sen hyödylliseksi ja ajankohtaiseksi meillä olevien rakennemuutosten vuoksi. Muutosten myötä heräämöhoidoon kyseisellä osastolla on harkittu osallistuvan myös vuodeosaston henkilökuntaa. Tässä tilanteessa heräämöhoidotyön asettamien ammatillisten vaatimusten kartoitus on tärkeässä asemassa potilasturvallisuuden ja hoidon laadun takaamiseksi. Työmme tavoitteena on antaa työkaluja osastonhoitajalle tulevaa rakennemuutosta varten. Opinnäytetyötämme voivat hyödyntää myös kaikki, jotka haluavat arvioida omaa ammatillista osaamistaan suhteessa heräämöhoidotyön ammatillisen osaamisen vaatimuksiin. Heräämöhoidotyöhön perehtyminen palvelee omaa suuntautumistamme ja mielenkiintoamme perioperatiivisen hoitotyöhön.

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, minkälaista osaamista sairaanhoitajilta edellytetään heräämöhoitotyössä.

Opinnäytetyön tehtävät:

1. Millaista on hyvä heräämöhoitotyö?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat potilasturvallisuuteen heräämöhoitotyössä?
3. Minkälaisia ammatillisia vaatimuksia heräämöhoitotyö asettaa sairaanhoitajille?

Opinnäytetyön tavoitteena on auttaa osastonhoitajaa hahmottamaan sairaanhoitajilta edellytettävää osaamista heräämöhoitotyössä ja sitä kautta kehittää potilasturvallisuutta. Opinnäytetyön tavoitteena on myös auttaa sairaanhoitajia arvioimaan oman osaamisensa kehittämisen tarpeita sekä opinnäytetyön tekijöiden perehtyminen heräämöhoitotyön ammatillisen osaamisen vaatimuksiin.



### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyömme aiheena on sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen heräämöhoidotyössä ja tästä muodostuu myös teoriaosuutemme lähtökohta. Heräämössä potilaan tilaa arvioidaan jatkuvasti ja tavoitteena on potilaan elintoimintojen palautuminen sille tasolle, jolla ne olivat ennen leikkausta (Lukkari ym. 2007, 360–361). Tarkkailu on siis keskeinen osa heräämöhoidotyötä ja siksi olemme ottaneet sen yhdeksi lähtökohdaksi. Tarkkailun ohella kerromme potilaan hoidosta heräämössä. Hyvän heräämöhoidon kriteerit sekä potilasturvallisuus ovat hyvin olennaisia asioita opinnäytetyömme kannalta. Työhömmme haastattelimme sairaanhoitajia. Haastattelu oli puolistrukturoitu ja haastattelukysymykset muodostimme teoreettisten lähtökohtiemme pohjalta. Haastatteluissa esille nousseita asioita peilaamme teoreettisiin lähtökohtiimme. Keskeiset teoreettiset lähtökohdat ovat tiivistetysti alla olevassa kuviossa (kuvio 1).



KUVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat

## 4 HYVÄN HERÄÄMÖHOIDON KRITEERIT

### 4.1 Heräämö

Heräämö on leikkaussalien yhteydessä oleva valvontayksikkö, jossa suoritetaan leikkauksen jälkeistä valvontaa (Lukkari ym. 2007, 359). Heräämössä odotetaan nukutuksen tai puudutuksen häviämistä sekä hoidetaan postoperatiivista kipua. Heräämöhoidotyössä on tärkeää keskittyä potilaan elintoimintojen ja voinnin tarkkailuun, kuten tajunnantason seurantaan, hengityksen ja verenkierron seurantaan sekä leikkauksen ja anestesian jälkeiseen hoitoon. (Lukkarinen ym. 2012, 4.)

Heräämössä on tarvittavat välineet ja lääkkeet anestesian ja leikkauksen jälkeisen välitömän hoidon ja valvonnan toteuttamiseksi. Potilasta hoidetaan heräämössä niin kauan, kunnes potilaan tärkeät elintoiminnot palautuvat tasolle, jolla ne olivat ennen leikkausta. (Lukkari ym. 2007, 359.) Nilssonin ym. (2005, 97) mukaan heräämöhoidoon sisältyy kolme piirrettä: biologinen parantuminen, toiminnallisen ja sosiaalisen aktiviteetin palautuminen ja tunne normaalitilaan palautumisesta. Heräämöhoidon tehtävänä on tarjota itsestään huolehtimiskyvyttömälle potilaalle saumatonta ja turvallista siirtymistä leikkaussalista osastolle (Day 2007, 42). Siirtovaiheessa potilaan on kyettävä itsenäiseen selviytymiseen heräämön ja vuodeosaston välillä sekä itse vuodeosastolla. Potilaan voinnin kannalta heräämövaihe ja etenkin siirtovaihe ovat kriittisiä hetkiä, sillä komplikaatio-riskit ovat tällöin korkeimmillaan. (Lukkarinen ym. 2012, 4–5.)

Heräämössä tehdään myös paljon anestesiaa valmistelevia toimenpiteitä tai sellaisia toimenpiteitä, joita ei voida suorittaa turvallisesti erikoisvälineistön puuttumisen vuoksi muualla. Toimenpiteet ovat luonteeltaan sellaisia, että ne eivät edellytä leikkaussalia. Tällaisia toimenpiteitä ovat mm. keskuslaskimokanyloinnit, arteriakanyloinnit, epiduraalikatettrin laitto, veripaikan asettaminen ja cardioversio. (Lukkari ym. 2007, 360–361.)

Termi ”heräämö” on kiistelty, koska sanalla on passiivinen kaiku. Se myös kuvaa huonosti toimintaa, jota kyseisessä hoitoympäristössä toteutetaan. Anestesiasta toipuminen nimittäin on usein pelkästään puudutuksesta toipumista, jolloin heräämö sanana ei ole

kovin kuvastava. Heräämää käytetään usein myös anestesiaan valmistavana paikkana ja siellä tehdään joskus toimenpiteitä, joita ei voi muualla tehdä. Vaihtoehtoisina termeinä kirjallisuudessa käytetään anestesian jälkivalvontayksikköä, leikkauksen jälkeistä valvontayksikköä, valvontaosastoa, valvontasalia ja valvontahuonetta. (Lukkari ym. 2007, 359–360.)

Heräämö on sanana kuitenkin vahvasti juurtunut sairaalan puhekieleen ja koska toteutamme opinnäytetyömme haastattelemalla hoitajia, käytämme heräämö-sanaa työssämme. Mielestämme on parempi käyttää haastattelussa sellaista sanaa, johon sairaanhoitajat ovat tottuneet. Kirjallisuudessa paljon käytetty sana valvontayksikkö saatetaan myös sekoittaa helposti vaikkapa teho-osastoon.

## 4.2 Hyvän hoidon kriteerit

Hyvän hoidon kriteerit ovat tekijöitä, joita pidetään hyvän hoidon edellytyksenä. Jotta laatua voisi mitata, edellyttää se hyvän hoidon mallia. Kriteerit eli tekijät liittyvät toimintaan, rakenteeseen tai lopputulokseen ja ne vaikuttavat oleellisesti hoidon tulokseen. Kullekin kriteerille on asetettava standardit, jotka erottavat hyvän huonosta. Kriteerit voivat liittyä potilaiden tutkimiseen, seurantaan ja hoitoon. Kriteerejä voidaan pitää myös asioina, joita sairaanhoitajan tulisi tehdä ja kirjata, tai tietoina joita sairaanhoitajan tulisi omata. Kriteerien tulee kohdistua tasapuolisesti kaikille terveydenhuollon työntekijöille. Hyvän hoidon kriteereitä pidetään myös mittareina ja niiden on täytettävä mittareille asetettavat vaatimukset. Mittareita tulee pystyä todentamaan ja niiden on oltava päteviä, luotettavia, helppokäyttöisiä ja todennettavia. (Vuori 1995, 94–102.)

Nilssonin ym. (2005) tutkimuksen tuloksissa kokemus siitä, että henkilökunta on asiantuntevaa, huomaavaista, kunnioittavaa sekä potilaan tarpeita ja tunteita huomioivaa nostivat turvallisuuden tunnetta ja kokemusta hyvästä hoidosta. Hyvä tiedonsaanti auttoi suhtautumaan levollisesti tilanteeseen. Potilaat kokivat hyvänä, jos sairaanhoitajat kannustivat ja rohkaisivat heitä ja antoivat ohjausta. (Nilsson ym. 2005, 101.)

Yksinäisyyden kokemus ja se, ettei ollut ketään kenen kanssa jutella, aiheuttivat potilaalle eristyksen tunnetta ja lisäsivät tyytymättömyyttä hoitoon. Tunne tilanteen hallinnan menettämisestä ja levottomuus aiheuttivat myös tyytymättömyyttä. Negatiivisia tuntemuksia aiheuttivat myös sairaanhoitajien kunnioituksen puute ja se etteivät sai-

raanhoitajat kuunnelleet potilasta. Myös ohjauksen puute esimerkiksi lääkehoitoon liittyen lisäsi tyytymättömyyttä. (Nilsson ym. 2005, 101–102.)

Laadukkaassa heräämöhoidossa potilaat tuntevat olevansa arvostettuja yksilöitä ja kokevat hoidon hyväksi. Potilas tulee nähdä älykkäänä yksilönä, joka on kykenevä suunnittelemaan ja tekemään päätöksiä, ei vain sairautena tai diagnoosina. Sairaanoitajan tulee huomata, jos potilaat tarvitsevat kannustusta, kivun hoitoa, tukea, tietoa, rohkaisua tai lepoa ja jos potilas on levoton tai sekava. Potilaiden tulee myös tuntea olevansa turvallisissa käsissä, kun he antavat itsensä ja kehonsa hoitohenkilökunnan käsiin. Jokaisen potilaan yksilöllinen psyykinen ja sosiaalinen toipuminen ja selviytymiskeinot sekä kokemus hoidosta tulee myös ymmärtää. (Nilsson ym. 2005, 104.)

Heräämöhoidon tehtävänä on tarjota potilaalle saumaton, turvallinen ja oikea-aikainen siirtyminen leikkaussalista osastolle (Day 2007, 42). Lukkarinen ym. (2012, 31-33) esittävät potilaan siirtokriteerit heräämöstä vuodeosastolle. Samat kriteerit ohjaavat myös hyvän heräämöhoidotyön toteutusta. Kriteerit liittyvät potilaan tarkkailuun ja tarvittaviin tukitoimiin verenkierron, hengityksen, tajunnan tason, liiketoimintojen, kivun, pahoinvoinnin, lämpötilan, virtsanerityksen ja verenvuodon osalta. Myös jatkohoidon turvaaminen oikea-aikaisella siirrolla, riittäväällä kirjaamisella ja raportoinnilla on tärkeää. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanastosta (2006, 5) poimimme myös potilasturvallisuuden tärkeäksi hyvän hoidon kriteeriksi heräämössä. Se voidaan jakaa hoidon, lääkkeiden ja laitteiden turvallisuuteen. Tarkemmin potilaan hyvää heräämöhöitoä ja tarkkailua käsittelemme kappaleessa 7 ja potilasturvallisuutta kappaleessa 5.

## 5 POTILASTURVALLISUUS HERÄÄMÖHOITOTYÖSSÄ

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan sellaisia toimintatapoja sekä periaatteita, joilla varmistetaan hoidon turvallisuus sekä pyritään estämään potilasta vahingoittumasta. Parhaiten potilasturvallisuutta voidaan sosiaali- ja terveysministeriön julkaiseman strategian mukaan taata siirtämällä huomio yksittäisistä virheistä potilaille aiheutuvien haittojen vähentämiseen. Myös tutkimalla palvelujärjestelmää ja poistamalla sen virheitä, voidaan potilasturvallisuutta edistää. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009, 11–12.)

Laadukkaassa hoitotyössä toteutuu potilasturvallisuus. Se voidaan jakaa hoidon, lääkkeiden ja laitteiden turvallisuuteen. Laitteiden kohdalla niiden häiriötön toiminta ja oikea käyttö ovat ehdot potilasturvallisuudelle. Hoitomenetelmien ja koko hoitoprosessin tulee olla turvallista. Lääkkeiden odottamattomat ja vakavat haittavaikutukset sekä lääkityspoikkeamat ovat merkittäviä asioita lääkehoidon turvallisuudesta puhuttaessa. (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006, 5.)

Potilasturvallisuudella heräämössä tarkoitetaan sitä, että ammattihenkilöstö tunnistaa ja tietää tavallisimmat riskit ja komplikaatiot joita heräämöhöitoon liittyy sekä hallitsee potilaan seurannan ja hoidon. Riskejä potilasturvallisuuteen aiheuttaa siirtymävaihe heräämöstä vuodeosastolle. Jos potilas siirretään liian nopeasti, voivat heräämisvaiheeseen liittyvät riskit ja komplikaatiot seurata potilaan mukana heräämöstä vuodeosastolle, jossa potilaan valvontaan ei ole samanlaisia resursseja kuin heräämössä. Tällöin komplikaatioihin reagointi viivästyy ja potilasturvallisuus voi vaarantua. Turvallinen ja oikein ajoitettu siirto tulee suhteuttaa potilaan vointiin ja toipumiseen. Siirtokriteerien käyttö ja järjestelmällisyys arvioitaessa potilaan tilaa auttaa komplikaatioiden varhaisessa tunnistamisessa ja ehkäisemisessä. (Lukkarinen ym. 2012. 4-5.)

Potilasturvallisuus voi vaarantua lääkityspoikkeaman sattuessa, poiketessa sovitusta hoitotavasta tai käytettäessä laitetta virheellisesti. Tällöin puhutaan vaaratapahtumasta, joka aiheuttaa tai voi aiheuttaa haittaa potilaalle. Vaaratapahtuma voidaan jakaa läheltä piti -tapahtumaan ja haittatapahtumaan. Haitasta aiheutuu potilaalle pysyvä tai tilapäinen ei-toivottu psyykinen, fyysinen, sosiaalinen, emotionaalinen tai taloudellinen vaikutus. Korvattavat potilasvahingot voidaan jakaa hoito-, infektio-, tapaturma-, laite-, palo- ja lääkkeen toimittamisvahinkoon, sekä kohtuuttomaan vahinkoon. Nämä kaikki

vahinkoryhmät ovat heräämöhoidotyössä mahdollisia. (Potilas- ja Lääkehoidon turvallisuussanasto 2006, 5-7.)

Yksi osa potilasturvallisuuden edistämistä heräämössä on käyttää tarkistuslistaa. Lista kokoaa potilasturvallisuuden kannalta olennaiset asiat heräämöhoidotyössä. Leppäniemi (2012) esitteli potilasturvallisuuspäivillä heräämää varten laaditun tarkistuslistan. Tämän tarkistuslistan esittelemme alla olevassa taulukossa (Taulukko 1).

Taulukko 1. Heräämön tarkistuslista.

<b>Henkilötiedot</b>	Tunnistusranneke
<b>Tehty toimenpide</b>	Leikkauksen kulku
<b>Anestesia ja herääminen</b>	Potilaan orientaatio luovutushetkellä
<b>Vitaalit toiminnot luovutushetkellä</b>	
<b>Vuoto</b>	Sidokset katsotaan yhdessä Dreenit ja tamppoonit Pulssit verisuonipotilailta
<b>Spontaani virtsaaminen ja/tai katetri</b>	Diureesi
<b>Kipu</b>	Kipulääkitys: annetut ja annettavat VAS tarkistetaan yhdessä potilaalta
<b>Pahoinvointi</b>	Lääkitys
<b>Jatkohoito</b>	Määräykset ja lääkitykset: - Nesteytys - Antibiootit - Tromboosiprofylaksia - Rauhoittavat - Ravitsemus - Liikkumisluvat ja asentorajoitukset - Laboratoriokokeet - Erityistä diabetespotilaan insuliinihoidossa

## 6 SAIRAAHOITAJAN AMMATILLINEN OSAAMINEN

Ammatillinen osaaminen voidaan mieltää kompetenssiksi, joka sisältää tiedot ja taidot sekä yleiset työelämä- ja itsesäätelyvalmiudet. Taito ilmenee toiminnallisena valmiutena tehdä työtä ja saavuttaa tuloksia. Ammatillinen osaaminen koostuu tiedoista, taidoista ja yksilön ominaisuuksista, joista muodostuu toimintakyky, joka auttaa selviytymään työstä. Ammatillisen osaamisen tulee perustua tutkittuun tietoon. (Kyrönlahti 2005, 116.) Tengvallin (2010, 11) mukaan sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen voidaan käsittää kvalifikaatioiden, osaamisalueiden, osaamisen, ammatillisen pätevyyden, asiantuntijuuden, ammattitaidon sekä hoitotyön toimintojen hallinnan avulla. Kompetenssikäsite nousee Tengvallinkin väitöskirjassa esille. Tämä tarkoittaa sairaanhoitajan toimintaa, joka on havaittavissa ja mitattavissa. Myös asenteet, arvot, oikeudenmukaisuus ja persoonalliset ominaisuudet ovat osa kompetenssia. Perioperatiivisella sairaanhoitajalla liittyy kompetenssiin myös teknisten välineiden hallinta ja kommunikaatio- sekä yhteistyötaidot.

Sairaanhoitajan koulutuksessa painottuvia arvoja ovat terveys, ihmisarvo, oikeudenmukaisuus, vastuullisuus, tasa-arvoisuus, vapaus sekä oikeus kasvuun ja kehittymiseen. Sairaanhoitajalta odotetaan tutkivaa ja kehittävää työtettä, joustavuutta, tuloksellisuutta ja vaikuttavuutta. Sairaanhoitajan tietoperusta on jatkuvasti uusiutuvaa ja hyvin laaja-alaista sekä monitieteistä. Käytännöllinen osaaminen sekä sosiaaliset - ja vuorovaikutukselliset taidot ovat keskiössä. Jotta toiminta olisi laadukasta, tulee sairaanhoitajan olla motivoitunut itsensä kehittämiseen, kouluttautumiseen sekä ammattitaidon jatkuvaan ylläpitoon ja kehitykseen. Työyhteisö on sairaalassa moniammatillinen, joten sairaanhoitajan tulee tuntea terveydenhuoltojärjestelmää ja lähiammatteja. Tällöin myös yhteistyö ja vuorovaikutustaidot korostuvat. (Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006, 15–16.)

Heikkilä ym. (2007) kuvaavat sairaanhoitajan ammatillista osaamista ja pätevyyttä eri osaamisalueilla. Näihin osaamisalueisiin kuuluvat mm. auttaminen, opettaminen, tilanteenhallinta, hoitotoimien hallinta, ohjaaminen, laadun varmistus, käden-, päätöksenteon- ja ajattelunaidot sekä sosiaaliset ja työrooliin liittyvät tehtävät. Myös hoitotyön auttamismenetelmät ovat osa ammatillista osaamista. (Heikkilä ym. 2007, 4.) Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen ja pätevyys kehittyvät koulutuksen ja työuran myötä.

Sairaanhoitajan ammatillista kehittymistä on kirjallisuudessa kuvattu aloittelevasta suoriutuvaksi, päteväksi ja taitavaksi. (Tengvall 2010, 11.) Tutkimusten mukaan ammatillinen kasvu kuitenkin katkeaa usein jossakin vaiheessa. Tämä aiheuttaa työmotivaation heikkenemistä, työn merkityksellisyyden vähenemistä ja työn muuttumista rutiininomaiseksi. (Ruohotie 2002, 49.)

Teoksessaan leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys, Tengvall (2010, 11–17) kuvaa sairaanhoitajien ammatillisen pätevyyden osa-alueiksi lisäksi yhteistyö- ja tiimitaidot, dokumentointi-, tietotekniikka- ja viestintätaidot, tarkkailun ja hoitotoimien hallinnan sekä tilannehallinnan ja päätöksentekokyvyn. Yhteistyö- ja tiimitaidot korostuvat etenkin leikkaushoitotyössä, jossa tiimin riskien havaitsemiskyky ja toisten jäsenten ohjaaminen ylläpitävät leikkauspotilaan turvallisuutta. Jos tiimi on ammattitaitoinen, se kykenee yhteistyöhön hoidollisessa osaamisessa, sosiaalisten ja teknisten taitojen osalta sekä huomioimaan erilaiset persoonat. Hyvät yhteistyö- ja kommunikointitaidot ovat merkittävä tekijä toimenpiteen tekniseen sujuvuuteen ja potilaan hoidon laatuun.

Sairaanhoitajan osaamista pidetään työelämän yhtenä tärkeimpänä kilpailutekijänä, joten sen tarkastelu on tärkeää. Se on myös yksi työviihtyvyyden ja jaksamisen osa-alue. Jos sairaanhoitajalla ei ole riittävää osaamista ja varmuutta, voi se näkyä työntekijän työkyvyn laskuna heijastuen huonoksi työtulokseksi, sitoutumattomuuteen työhön ja mahdollisesti lisääntyvinä sairauslomina. Työyhteisöt kokevat tärkeäksi, että sairaanhoitajan ammatilliseen osaamiseen kuuluu arvostus omaa työtään ja ammattitaitoaan kohtaan, hyvät ja monipuoliset auttamistaidot, muutoksenhallintataidot, itsenäinen päätöksentekokyky ja työskentely, taito suunnitelmalliseen hoitamiseen sekä tiedonhallintaa ja soveltamiskykyä (Hildén 2002, 50, 54–55).

Heräämöhoidotyössä sairaanhoitajan osaamisen vaatimuksista painottuvat peruselintointien tarkkailu ja ylläpito, veren siirto, lääkehoito, kivun hoito, aseptinen toiminta, nestehoito sekä monipuoliset kliiniset taidot. Sairaanhoitajalla tulee olla riittävät tiedot anatomiasta, fysiologiasta ja farmakologiasta. Lääkehoidon prosessi tulee ymmärtää ja hallita lääkkeiden käsittelyyn, toimittamiseen, hankintaan, säilytykseen ja hävittämiseen liittyvät asiat sekä lääkelaskut. Lääkehoitoa on osattava toteuttaa turvallisesti ja seurata sen vaikuttavuutta. (Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006, 68–70.) Heräämössä laitteita on paljon ja niiden käyttö tulee hallita. Hyvistä hermoista ja stressinsietokyvystä on myös etua. (Leskinen 2002, 28.)



Heräämössä työskentelevällä sairaanhoitajalla tulee olla taitoa arvioida potilaan tilaa voidakseen arvioida erilaisten tukitoimien tarvetta. Sairanhoitajalla pitää olla myös kykyä moniammatilliseen yhteistyöhön heräämöhoidossa arvioitaessa potilaan kuntoa siirtyä osastohoitoon. (Day 2007, 42.) Sairanhoitajan tulee olla perehtynyt monipuolisesti anestesiaan ja hänellä tulee olla pätevyys anestesia- tai leikkausosaston sairaanhoitajaksi tai kokemusta heräämöhoidotyöstä toimipaikkakoulutuksen lisäksi (Lukkarinen ym. 2012, 6).

Potilalle voi aiheutua haittaa, mikäli sairaanhoitajan tiedot ja taidot eivät ole riittäväällä tasolla eikä hänellä ole kykyä tunnistaa potilaan huonontunutta tilaa ja taitoa reagoida siihen. Hoidon laatua huonontavat tiedon puute, taidottomuus ymmärtää tilanteen kiireellisyyttä ja haluttomuus kysyä neuvoa kokeneemmilta kollegoilta. Elintoimintojen heikkenemisen mahdollisimman varhainen huomaaminen ja tilanteeseen puuttuminen on erittäin tärkeää. Merkit kriittisestä tilan huononemisesta ovat useimmiten samanlaisia, liittyivät ne sitten hengitystoimintaan, kardiovaskulaariseen tilanteeseen, munuaisiin tai neurologiseen statukseen. Varsinkin hengityksen tiheneminen on selvä merkki mahdollisesta potilaan tilan huononemisesta. (Day 2007, 42–43.)

Hildénin (1999, 172–173) tutkimuksesta ilmenee, että sairaanhoitajien ammatillisessa pätevyudessa olisi paljon kehitettävää. Kehitettäviä osa-alueita olisivat ammatin ja työn arvostus, auttamistaidot, muutoksenhallinta, päätöksentekotaidot, suunnittelutaidot, erityisalan tiedonhallinta, asiakaspalvelutaidot, arviointi- ja kehittämistaidot, kokemus, kontaktit ja yleinen tietopohja. Tutkimuksesta käy myös ilmi, että elämäntilanne vaikuttaa haluun kehittää omaa ammattitaitoaan, eivätkä sairaanhoitajat juurikaan ole halukkaita käyttämään vapaa-aikaansa ja omaa rahaansa ammattitaitonsa kehittämiseen.

Tengvallin (2010, 127–130) väitöskirjassa kerrotaan, että perioperatiivisen sairaanhoitajan työ on ammatillisesti erittäin vaativaa. Ammatillinen osaaminen toteutuu parhaiten aseptiikan, turvallisuuden, teknisen toiminnan ja dokumentoinnin osalta, mutta anestesia- ja lääkehoitoon liittyvissä asioissa sekä hätätilanteissa toiminnassa oli puutteita. Sairanhoitajien osaamista arvioivat perioperatiiviset sairaanhoitajat, kirurgit ja anestesioilogit. Tengvall kiinnittääkin kehitysehdotuksissaan huomiota sairaanhoitajien jatkuvaan koulutukseen ja kunnolliseen työpaikkaperehdytykseen.

Meretojan, Leino-Kilven ja Kairan (2004, 332) tutkimuksessa sairaanhoitajat arvioivat itse osaamisensa kaiken kaikkiaan hyväksi. Vahvuuksina koettiin johtaminen, auttamistaidot ja oireiden tunnistaminen. Myös tarkoituksenmukainen toiminta, itsenäinen työskentely, joustava työn priorisointi, tilanteiden tunnistaminen, päätöksentekotaidot sekä eettinen ja yksilöllinen hoito koettiin vahvoiksi osaamisalueiksi. Heikoimmiksi sairaanhoitajat arvioivat taitonsa laadun varmistuksessa, potilaan ohjauksessa, tutkimusten hyödyntämisessä ja potilaan hoidon kehittämisessä.

## 7 POTILAAN TARKKAILU JA HOITO HERÄÄMÖSSÄ

Kun potilas siirtyy leikkauksesta hoitoon heräämään, alkaa postoperatiivinen hoitovaihe. Sairaanhoitaja saa hoitotiedot leikkausohjelmasta ja muista käytössä olevista tietolähteistä. Leikkaussalista ilmoitetaan heräämään tulevasta potilaasta, jolloin potilaspaikka järjestetään valmiiksi. Potilaspaikat valmistetaan potilaan tarpeiden mukaan. Kaikilla potilaspaikoilla on ainakin pulssioksimetri, verenpaineen mittausta, EKG, hapenantomahdollisuus, virtausmittari, virtaussäädin, imuyksikkö ja limaimukatetreja. (Lukkari ym. 2007, 359, 364.)

Heräämöhoidossa potilaan tilaa tulee arvioida jatkuvasti ja sitä verrataan pre- ja intraoperatiivisen ajan vointiin. Potilaan elintoiminnot pyritään saamaan vakaiksi. Potilaasta tehtävät havainnot ja mittausarvot tulee kirjata anestesiakaavakkeelle tai heräämön tarkkailulomakkeelle. Tavoitteena on anestesiasta tai puudutuksesta toipuminen ja elintoimintojen palautuminen leikkausta edeltävälle tasolle. Potilaan heräämön- ja tarkkailuvaiheen ongelmat liittyvät usein pahoinvointiin sekä hengityksen ja verenkierron häiriöihin. Ongelmia voivat aiheuttaa myös postoperatiivinen kipu, lääkevirheet ja hypotermia. (Lukkarinen ym. 2012, 4.)

Potilaalta mitataan ja kirjataan arvoja vähintään viidentoista minuutin välein siihen asti, kunnes hän siirtyy vuodeosastolle. Jos elintoiminnot ovat epävakaat, mittauksia suoritetaan tiheämmin. Komplikaatiot ovat harvinaisia, mutta lähes yhtä todennäköisiä kuin intraoperatiivisessa vaiheessa. Potilaasta tarkkaillaan verenkiertoa, nestetasapainoa, hengitystä, tajunnantasoja, lihastoimintaa, leikkaushaavaa ja sen vuotoa sekä turvotusta, lämpötilaa, pahoinvointia ja kipua. (Lukkari ym. 2007, 366–369.) Potilaan toipumista heräämössä voivat viivyttää jälkisedaatio, kipu, pahoinvointi, oksentaminen sekä fyysinen ja psyykinen stressi, joka aiheuttaa uneliaisuutta, sekavuutta ja päänsärkyä. (Day 2006, 43).

### 7.1 Hengitys

Hengityksen tarkkailussa ympäristön tulisi olla yksityinen ja rauhallinen. Riittävä valaistus on myös tarpeen. Tämä ei usein kuitenkaan toteudu kiireisessä heräämössä. Ilmatien avoimuuden tarkkailu on tärkeää sekä intuboiduilla että extuboiduilla potilailla.

Ilmateitä tulee imeä tarvittaessa. Imemiseen sisältyy kuitenkin paljon riskejä ja komplikaatioiden mahdollisuus. Eritteen väriä tulee tarkkailla mahdollisten infektion merkkien vuoksi. (Day 2007, 43–44.)

Puudutetutkin potilaat voivat olla vahvasti kipulääkittyjä tai sedatoituja (Lukkari ym 2007, 369). Hengitystä voidaan tarkkailla silmämääräisesti, palpoimalla, perkussoimalla sekä auskultoimalla. Lisäksi apuna käytetään pulssioksimetriä, valtimoverikaasuanalyysia sekä tarvittaessa rintakehän röntgenkuvausta. Vähäininkin hengityksen heikentyminen voi johtaa potilaalla henkeä uhkaavaan tilaan. (Day 2007, 44; Lukkari ym. 2007, 378.)

Potilaan hengitysfrekvenssiä, -syvyyttä ja -tapaa arvioidaan silmämääräisesti. Arvioinnissa tulee osata huomioida potilaan ikä, lääkkeiden vaikutus sekä akuutit ja krooniset keuhko- tai sydänsairaudet. Normaali hengitysfrekvenssi on 12–16 kertaa minuutissa. (Day 2007, 44.) Ehtona potilaan siirtymiseen vuodeosastolle on hengitysfrekvenssi 9-20 (Lukkarinen ym. 2012, 11). Krooninen keuhkosairaus voi nostaa hengitystiheyttä. Runsas opiaattiannostus taas voi lamata hengitystä. (Day 2007, 44–45.)

Rintakehän liikkeen symmetrisyyttä sekä hengitysapulihasten käyttöä tulee myös tarkkailla. Heräämössä potilas voi kärsiä ortopneasta, jolloin hänet tulee asettaa sopivaan kylkiasentoon. Tämä turvaa ilmatien auki pysymisen, vähentää aspiraatiota ja pahoinvointia sekä mahdollistaa syvemmän hengityksen. Silmämääräisesti tarkkaillaan lisäksi hikoilua sekä ihon-, huulten-, limakalvojen- ja kynsien väriä syanoosin havaitsemiseksi. Syanoosi on myöhäinen merkki hypoksemiasta. Pienikin hypoksemia on syytä hoitaa lisähapella. (Day 2007, 44–45; Lukkari ym. 2007, 366.)

Auskultointi antaa tärkeää tietoa hengityksestä. Hengitysääniä kuunnellaan stetoskoopin avulla oikealta ja vasemmalta puolelta sekä ulos-, että sisäänhengityksen aikana. Poikkeavat äänet hengityksessä voivat kertoa nestekertymästä, tulehduksesta tai keuhkoputkien supistumisesta. Karhea ritinä voi johtua bronkiitista tai keuhkoputken laajentumasta. Terävämpi ritinä taas voi johtua keuhkoödeemasta tai fibroosista. Heräämössä näiden erottaminen on tärkeää potilaan ylinesteytyksen tunnistamiseksi. Hengityksen vinkuminen sisään ja ulos hengittäessä voi johtua liman kertymisestä, jos se helpottaa yskiessä tai limaa imettäessä. Jos se ei helpota, se voi olla viesti bronkospasmista tai ilmatien supistumisesta, joka voi johtua allergisesta reaktiosta, johon tulee puuttua välittömästi.

Myös keuhkoputkia ahtauttava sairaus kuten astma voi aiheuttaa vinkumista. (Day 2007, 45–46.)

Pulssioksimetri mittaa hemoglobiinin happikyllästeisyyden kahden valon aallonpituuden suhteesta (Salmenperä & Yli-Hankala 2006, 342). Pulssioksimetri on tärkeä non-invasiivinen tapa tarkkailla potilaan hapetusta. Se havaitsee hypoksemian jo varhain. Kun syanoosi on havaittavissa, happisaturaatio on jo alle 75 % ja potilaan tila hengenvaarallinen. Normaali happisaturaatioarvo on yli 95 %. Tosin COPD-potilailla normaalitaso voi olla matalampi. Pulssioksimetrin luotettava arviointi edellyttää kuitenkin potilaan normaalia hemoglobiinitasoa sekä riittävää perifeeristä perfuusiota, joten hypovolemia, hypotensio tai sepsis voivat estää pulssioksimetrin toimivuuden. Pulssioksimetri ei myöskään kerro hengityksen riittävydestä, veren hiilidioksidipitoisuudesta eikä keuhkojen kokonaistoiminnasta. Potilaalla voi olla siis respiratorinen asidoosi, vaikka happisaturaatio olisikin normaalilukemissa. Niinpä yksittäiseen mittariin ei tässäkään kohtaa voida luottaa, vaan valtimoverikaasunäytteitä tulee ottaa tarpeen vaatiessa. (Day 2007, 46–47.)

Valtimoverikaasuanalyysin avulla saadaan olennaista tietoa heräämöpotilaan hengitystoiminnasta ja metabolisesta tilasta. Toimenpiteestä riippuen potilaalla saattaa olla arteriakanyyli valmiina paikoillaan, jolloin näyte voidaan ottaa siitä. Näyte voidaan ottaa myös neulalla valtimosta. Valtimoverikaasuanalyysissa tutkitaan veren PH, hiilidioksidiosapaine, happiosapaine, bikarbonaatti sekä emäsylijäämä. (Day 2007, 47.)

Thorax-röntgen on usein osa preoperatiivista tutkimusta. Siitä saatuja tietoja on syytä tuki hyödyntää myös heräämöhoidossa. Kuvasta voi paljastua hengitykseen liittyviä sairauksia, hengitysongelmien syitä, infektio, tuumori tai ödeemaa. Siitä näkee myös pallean sijainnin, rintaontelon ja keuhkofunktion. Joskus keuhkokuva on tarpeellinen ottaa myös leikkauksen jälkeisessä hoidossa. (Day 2007, 47.)

Hengityksen tarkkailuun liittyvät tiedot tulee aina yhdistää myös kardiovaskulaariseen tietoon, jotta saadaan parempi kokonaiskuva potilaan tilanteesta. Huolellinen kirjaaminen läpi potilaan hoitopolun on tärkeässä asemassa tässäkin kohtaa. Hengitystaajuuden muutokset, hypoksemia ja happoemästäsapainomuutokset ovat selkeitä merkkejä hengityksen huononemisesta. Olennainen osa heräämössä työskentelevän sairaanhoitajan

työtä ja ammattitaitoa on havaita nämä muutokset ja osata reagoida niihin. (Day 2007, 48.)

## 7.2 Verenkierto

Verenkiertoon liittyviä mahdollisia ongelmia heräämöhoidossa ovat hypertensio, hypotensio, sydäslihaskemia, rytmihäiriöt ja sydämen vajaatoiminta. Potilaan kardiovaskulaarista tilaa seurataan heräämössä sydänsähkökäyrää, syketaajuutta, sykkeen säännöllisyyttä sekä verenpainetta seuraamalla. EKG:stä katsotaan rytmihäiriöiden esiintymistä ja sykettä. Tarvittaessa pulssia voi tunnustella tyypikohtaisesti sekä pyytää potilasta hengittämään syvään ja seurata sykettä samalla. Hyper- ja hypotension esiintymistä seurataan. (Lukkari ym. 2007, 366, 379.). Verenpaine ja pulssi on heräämössä potilaalta syytä mitata vähintään 15 minuutin välein (Lukkarinen ym. 2012, 8).

Hypertensio voi johtua sympaattisen hermoston liiasta aktiivisuudesta, kivusta, hypoksemiasta, ventilaatiovajauksesta, liiallisesta nesteytyksestä, virtsarakon täyteydestä, hypotermiasta, korkeasta veren hiilidioksidipitoisuudesta tai verenpainetaudista (Lukkari ym. 2007, 379; Lukkarinen ym. 2012, 8). Myös psyykkiset syyt kuten ahdistus, pelko ja sekavuus voivat nostaa verenpainetta. Syy verenpaineen nousuun tulee selvittää. Jos potilas on ahdistunut, tulee sairaanhoitajan luoda turvallisuudentunnetta potilaalle. Kipulääkityksestä tulee huolehtia ja huomioida mahdollisuus sedaatioon. Hypotermia, ventilaatiovajaus ja hypoksemia tulee korjata. Potilasta autetaan tarvittaessa virtsaamaan tai hänet kertaakatetroidaan. (Lukkari ym. 2007, 379.)

Hypotensiota voivat aiheuttaa hypovolemia, vuoto, anestesia-aineiden jäännösvaikutus, rytmihäiriöt, lääkkeet, sepsis, sydämeen vajaatoiminta ja sydänlihaksen iskemia (Lukkari ym. 2007, 379; Lukkarinen ym. 2012, 8). Leikkausaluetta, haavasidoksia ja dreenejä on tärkeää seurata vuodon arvioimiseksi. Samoin potilaan kalpeutta, levottomuutta ja janoisuutta seurataan. Virtsaneritystä seurataan ja arvioidaan potilaan nestetasapainoa. Alhaista verenpainetta hoidetaan korjaamalla hypovolemia, hapettamalla potilasta ja korvaamalla verenvuotoa. Tarvittavan lääkehoidon määrää anestesia- ja lääketieteellinen asiantuntija. (Lukkari ym. 2007, 379.)

Heräämössä työskentelevän sairaanhoitajan tulee osata tulkita sinusrytmistä poikkeavia muutoksia EKG:stä. Hengenvaaralliset rytmihäiriöt on oleellista tunnistaa välittömästi.

Myös rytmihäiriöiden takana olevat sairaudet tai hemodynaamiset häiriöt tulee tunnistaa. Rytmihäiriöitä voivat aiheuttaa myös elektrolyyttihäiriöt, hypoksia, hyperkapnia, sympaattinen aktiivisuus, sydänlihasiskemia sekä sentraalisen katetrin mekaaninen ärsytys. Nämä tekijät tulee korjata. Vaarallisia ja defibrillaatiota vaativia rytmejä ovat kammiövärinä ja kammiotakykardia. (Lukkari ym. 2007, 379.) Muita heräämössä esiintyviä rytmihäiriöitä ovat sinustakykardia, sinusbradykardia, erilaiset johtumishäiriöt sekä supraventrikulaariset rytmihäiriöt. Sairaanhoidajan tulee olla myös tietoinen, jos potilaan ominaisrytmi on joku muu kuin normaali sinusrytmi. (Lukkarinen ym. 2012, 7, 9.)

Sydänlihasiskemian tyypillisiä oireita ovat rintakipu, rytmihäiriöt, hypotensio, keuhkopöhö sekä EKG:ssä näkyvä ST-nousu tai -lasku. Sydämen vajaatoiminnasta viestivät huono hapetus, rytmihäiriöt, rahisevat hengityssäänet, raajojen turvotukset, diureesin niukkuus, periferian viileys, pieni sydämen minuuttitilavuus ja korkea keuhkokapillaarien kiilapaine. Näissä tilanteissa sairaanhoitaja toteuttaa anestesia lääkäriin määräämiä lääkehoitoja ja turvaa potilaan hapensaantia. (Lukkari ym. 2007, 379-380.)

Kardiovaskulaarisien ongelmien riskinkartoitus on tärkeää perussairailta ja tehdyn toimenpiteen laadun takia. Potilaan aiempi sairaus, kuten sepelvaltimotauti, verenpainetauti tai sydämen vajaatoiminta ovat yhteydessä heräämössä tapahtuviin sydämen toiminnan häiriöihin. Huolellinen hemodynamiikan seuranta, lääke- ja nestehoito sekä muiden systeemisten ongelmien ennaltaehkäisy on tällöin erityisen tärkeää. (Lukkarinen ym. 2012, 10.)

### **7.3 Tajunnan taso**

Monet potilaat kokevat itsensä leikkauksen jälkeen hyvin väsyneiksi. Väsymyksen taso voi riippua toimenpiteen aiheuttaman trauman laajuudesta. Sitä lisäävät kipu, univaikeudet, huolestuneisuus, lääkitys sekä psykologinen ja fyysinen rasitus. Myös muistikatoksia ja nukahtelua saattaa aiheutua niin, että yö ja päivä menevät sekaisin. (Nilsson ym. 2005, 98, 102.) Leikkausta ennen ja leikkauksen aikana käytetyt lääkkeet ovat yleisin syy viivästyneeseen heräämiseen. Pupillit on syytä tarkistaa, koska opiaattien vaikutuksesta ne pienentyvät. Kallonsisäinen paine taas laajentaa niitä. (Lukkarinen ym. 2012, 15.)

Tajunnan tason lasku voi johtua myös kallonsisäisen perfuusion pienenemisestä, hypotermiasta, hypo- tai hyperglykemiasta, hyperkapniasta, hypoksemiasta, keskushermostovammoista tai yksilöllisistä, potilaan perussairauksiin, ikään ja päihteiden väärinkäyttöön liittyvistä asioista. Verenpaineen ja hapetuksen tarkistus on tärkeää. Tajunnan tason arvioinnissa voidaan käyttää apuna Glasgow'n kooma-asteikkoa. (Lukkarinen ym. 2012, 16.)

#### **7.4 Kipu**

Kivun kokeminen on subjektiivista ja siihen liittyy paljon myös asenteita sekä ympäristöllisiä ja kulttuurillisia eroavaisuuksia. Joissakin kulttuureissa ei saa lainkaan osoittaa tuntevansa kipua, kun taas toisissa kipu ilmaistaan herkästi. Myös yksilölliset erot kivun kokemisessa ovat suuria. Postoperatiivisen kivun esiintymiseen, laatuun, keston ja voimakkuuteen vaikuttavat ihmisestä riippumatta kuitenkin potilaan psykofyysiset ominaisuudet, valmistautuminen leikkaukseen, toimenpiteen kohde, toimenpiteen luonne ja kesto, anestesiategniikka sekä komplikaatioiden esiintyminen. Viillon paikka vaikuttaa eniten kipuun ja kipeimpiä potilaita ovat rintaontelo-, ylävatsa- ja munuaisleikatut. (Salomäki & Rosenberg 2006, 838.)

Nykyaikaisesta anestesiasta herääminen on nopeaa, jolloin kivun seurannan ja hoidon tulee heräämössä olla tehokasta (Nilsson ym. 2005, 98). Leikkauksen jälkeinen kipu haittaa leikkauksesta toipumista. Se voi tihentää pulssia, kohottaa verenpainetta, lisätä sydänlihaksen hapentarvetta, lisätä rytmihäiriöitä sekä voimistaa elimistön endokriinisia, metabolisia ja inflammatorisia vasteita. Jalkeille pääsy leikkauksen jälkeen voi viivästyä ja altistaa tromboembolisille komplikaatioille. Kaikki nämä tekijät hidastavat toipumista leikkauksesta. (Salomäki & Rosenberg 2006, 839.) Lievittämätön kipu on yksi yleisemmistä pitkittyneen heräämöhoidon syistä (Nilsson ym. 2005, 98). Akuutti kipu voi myös muuttua krooniseksi. Kivunlievitys saattaa siis parhaimmillaan vähentää sairastavuutta ja komplikaatioita sekä mortaliteettia. (Salomäki & Rosenberg 2006, 839.)

Voimakkaimmillaan kipu on heti leikkauksen loputtua, kun anestesia-aineet eivät enää lievitä kipua. Leikkauksessa käytetty anestesiamenetelmä vaikuttaa kivun voimakkuuteen leikkauksen jälkeen. Kohtuulliset opioidiannokset ja höyrystyvät anesteetit leikkauksen aikana lievittävät postoperatiivista kipua vain vähän. Suuret opioidiannokset sen



sijaan vaikuttavat vielä leikkauksen jälkeen, mutta aiheuttavat hengityslamaa, jolloin potilas on pidettävä vielä hengityskoneessa. (Salomäki & Rosenberg 2006, 839.)

#### **7.4.1 Kivun voimakkuuden arviointi**

Sairaanhoitaja on tärkeässä roolissa potilaan kivun arvioimisessa, hoidossa ja hoidon tehon arvioinnissa. Potilas on leikkauksen jälkeen kipeä, vaikka hän ei kykenisi sitä ilmaisemaan. (Lukkarinen ym. 2012, 25.) Potilaan oma arvio kivusta on olennaisinta kivun voimakkuuden arvioinnissa. Apuna voidaan käyttää sanallisia, numeerisia tai graafisia mittareita (Salomäki & Rosenberg 2006, 839). Tällöin niihin pitää olla kuitenkin tutustuttu potilaan kanssa ennen toimenpidettä. Kivun voimakkuuden lisäksi on tärkeää arvioida kuitenkin myös sen sijaintia, laatua, esiintymistiheyttä ja kestoa. (Lukkarinen ym. 2012, 28.) Niemi-Murolan ym. (2005, 473) tutkimuksesta ilmenee, että vaikka VAS- mittarin käyttö on yleistä ensimmäisen postoperatiivisen vuorokauden aikana, silti 27,9 % potilaista koki kovaa kipua leikkauspäivänä. Aina kova kipu ei tule VAS-mittauksissa esiin. Sairaanhoitajien asenteet kivun mittaamiseen ja hoitoon ovat myönteisiä. Tutkimuksessa 80 % potilaista on silti kivun hoitoon tyytyväisiä. Asiassa korostuvat myös huomaavainen hoito ja keskustelumahdollisuus koko hoitoprosessin ajan.

Myös potilaan käyttäytyminen viestii kivun voimakkuudesta. Kipu ei saa olla niin voimakasta, että potilas ei pysty hengittämään syvään tai yskimään. Potilaan yleistilaa ja leikkausalueen tilaa tulee seurata kivun voimakkuutta mitattaessa. Jos kipu leikkauksen jälkeen alkaakin voimistua tehokkaasta hoidosta huolimatta, voi se johtua jostakin teknisestä ongelmasta kuten epiduraalikatetrin irtoamisesta tai jostakin kirurgisesta komplikaatiosta. (Salomäki & Rosenberg 2006, 839–840.)

#### **7.4.2 Kivun hoito**

Kivun hoidossa leikkauksen jälkeen on tyypillistä erityyppisten lääkkeiden yhdistely kivun voimakkuus huomioiden. Pienen leikkauksen jälkeen tulehduskipulääkkeet tai parasetamoli voivat olla riittäviä kipulääkitykseksi. Jos ne eivät riitä, niihin voidaan yhdistää lievä opioidi kuten kodeiini, tramadoli tai dekstropropoksifeeni. Voimakkaassa kivussa on syytä käyttää opioidia tai jotakin puudutustekniikkaa. Kipua on mahdollista hoitaa traumakohdassa paikallisesti, selkä-ydintasolla tai aivojen kipumekanismeihin vaikuttamalla. Näitä yhdistelemällä voidaan saada erittäin tehokas kivunlievitys aikai-

seksi. (Salomäki & Rosenberg 2006, 840.) Kipua voidaan hoitaa myös lääkkeettömästi esimerkiksi sähköisellä stimulaatiolla, hieronnalla, lämpö- ja kylmähoidolla, rentouttamalla, musiikilla sekä mielikuvaharjoituksilla (Lukkarinen ym. 2012, 29).

Riittämätön kivunlievitys voi johtua sairaanhoitajan puutteesta ymmärtää ehkäisevää kivunhoitoa. Myös epäjohdonmukaisuutta kivun arviointikäytännöissä voi esiintyä. Sairaanhoitajalla tulisi olla taitoa huomioida yksilölliset erot ja vaatimukset kivun hoidossa. Kivunhoito voi olla riittämätöntä myös, jos kipulääkettä annetaan vasta potilaan sitä pyytäessä. (Lukkarinen ym. 2012, 26.)

## **7.5 Pahoinvointi**

Vähintään 25–35% kaikista leikkauspotilaista kokee pahoinvointia tai oksentelua ensimmäisten 24 tunnin aikana leikkauksesta (Nilsson ym. 2005, 98). Ennen oksennusrefleksin käynnistymistä esiintyy usein pahoinvointia, nieleskelyä, syljeneritystä, kalpeutta ja hikoilua. Oksentaessa hengitys- vatsa- ja maha-suolikanavan lihaksistot supistuvat. Oksentaminen on monimutkainen refleksinomainen tapahtuma, jonka säätely tapahtuu aivorungossa. Se saa ärsykejä esimerkiksi nielusta, ruuansulatuskanavasta ja välikarsinasta tai keskushermoston kautta. (Koivuranta 2006, 782–783.)

Potilaat kokevat usein pahoinvoinnin jopa epämiellyttävämmäksi kuin kivun leikkauksen jälkeen. Pahoinvointi tulee usein myös yllättäen, sitä ei osata odottaa. (Nilsson ym. 2005, 102.) Pahoinvointi lisää hoidon kokonaiskustannuksia, koska hoitoaika pitenee. Jos pahoinvointi johtaa oksentamiseen, se aiheuttaa potilaalle aspiraatiovaaran. Runsas ja pitkäkestoinen oksentelu aiheuttaa myös elektrolyyttihäiriöitä ja elimistön kuivumista. Paine leikkaushaavoissa kasvaa varsinkin kaulan ja pään alueella sekä vatsanpeitteissä. (Koivuranta 2006, 782.)

Pahoinvoinnin kokeminen on yksilöllistä. Sitä lisäävät aikuisilla erityisesti naissukupuoli, aiempi postoperatiivinen pahoinvointi ja oksentaminen, tupakoimattomuus sekä matkapahoinvointialttius. Naisilla postoperatiivinen pahoinvointi on miehiä kolme kertaa yleisempää. (Koivuranta 2006, 784.) Naiset myös pelkäävät leikkauksen jälkeistä pahoinvointia. Pelko yhdistettynä pahoinvointiin ja oksenteluun aiheuttaa usein koko leikkauksen kokemisen negatiivisena. Pahoinvoinnin vuoksi naiset myös useimmin toipuvat

leikkauksesta huonommin kuin miehet. Oksentelu aiheuttaa pelon, että leikkaushaava repeää. (Nilsson ym. 2005, 102, 104.)

Yleisanestesia lisää pahoinvointia puudutukseen verrattuna. I.V. Anesteeteista propofoli aiheuttaa vähiten pahoinvointia. Ketamiini ja inhalaatioanesteetit lisäävät pahoinvointia. Inhalaatioanesteetit aiheuttavat paljon leikkauksesta toipumisen varhaisessa vaiheessa pahoinvointia ja oksentamista, mutta eivät enää myöhemmässä vaiheessa. Typpioksiduuli lisää leikkauksenjälkeistä oksentelua ja runsaat annokset neostigmiiniä saattavat lisätä pahoinvointia. (Koivuranta 2006, 784.) Erityisesti typpioksiduulin ja inhalaatioanesteetin yhteiskäyttö lisää pahoinvointia. Suuri leikkaus ja pitkäkestoinen anestesia suurentavat myös pahoinvoinnin riskiä. (Knopf, Rotko & Koivuranta 2010, 409.) Opioidien käyttö postoperatiivisesti lisää pahoinvointia. Pitkittynyt anestesia ja leikkaus lisäävät myös pahoinvointia. Leikkauksista erityisesti gynekologiset, vatsakirurgiset, plastiikkakirurgiset sekä pään ja kaulan alueen leikkaukset lisäävät pahoinvointia. (Koivuranta 2006, 784.)

Leikkauksen jälkeistä pahoinvoinnin vaaraa arvioidaan tunnistamalla potilaskohtaisia riskitekijöitä. Arvioinnissa käytetään neljää tekijää: naissukupuoli, tupakoimattomuus, matkapahoinvointi ja opioidien käyttö leikkauksen jälkeen. Pahoinvoinnin ilmaantuvuus on 0-4 riskitekijällä joko 10 %, 21 %, 39 %, 61 % tai 79 %. (Knopf ym. 2010, 410.) Pahoinvointia voidaan ehkäistä rauhoittavalla esilääkityksellä, pahoinvointia lisäävien lääkkeiden välttämällä, hyvällä hapetuksella, hyvällä nestehoidolla sekä valitsemalla anestesiamuodoksi puudutuksen aina kun mahdollista. (Koivuranta 2006, 784–785.) Myös varovaisuus potilaan liikuttelussa ja asennon vaihdossa ehkäisee pahoinvointia. On myös syytä välttää liian aikaista juomista ja syömistä, mutta suun kostuttamisesta voi olla apua. (Lukkarinen ym. 2012, 24.)

Pahoinvointilääkkeitä ovat serotoniinireseptorin salpaajat, dopamiinireseptorin salpaajat, deksametasoni, skopolamiini sekä antihistamiinit. Usein korkean riskin potilaille annetaan kahta tai jopa kolmea eri tavoin vaikuttavaa pahoinvointilääkettä profylaktisesti. Eniten käytetty dopamiiniantagonisti anestesiologiassa on dehydrobentsperidoli (DHBD). Droperidolin taas arvellaan olevan naisille tehokkaampi, kuin miehille ja se on hyvä sekä pahoinvoinnin ehkäisyyn että hoitoon. (Koivuranta 2006, 785–788.) Mikään antiemeetti ei poista pahoinvointia 100 % tehokkaasti, joten usein lääkkeitä yhdis-

tellään. Käytetyimpiä yhdistelmiä ovat ondansetroni + droperidoli, droperidoli + deksametasoni ja ondansetroni + deksametasoni. (Knopf ym. 2010, 411.)

## 7.6 Lihasvoima

Jäännösrelaksaatioksi sanotaan sitä, kun potilaan lihasvoima ei ole palautunut lihasrelaksanttien annon jälkeen riittävästi. Sen ilmaantuvuus heräämössä on jopa 25–40%. Relaksaatio voi usein olla heräämööseen tullessa jopa 70 %, jos leikkauksessa on käytetty pitkävaikutteisia lihasrelaksantteja. Jäännösrelaksaatio voi aiheuttaa potilaalle ventilatiovajausta, aspiraatiota ja nielulihasten heikkoutta. Lihasrelaksantit ja niiden vastaaineet vaikuttavat potilaisiin hyvin yksilöllisesti. (Meretoja 2012, 226–228.)

Lihastoimintaa tarkkailemalla voidaan arvioida anestesia-aineiden poistumista elimistöstä. Lihasrelaksantit vaikuttavat edelleen elimistössä, mikäli potilas hengittää pinnallisesti, ei kykene nostamaan ja kannattelemaan päätään tyynystä, ei kykene puristamaan kättään napakasti, ei kykene työntämään kieltä ulos suusta, eikä yskimään tehokkaasti. Tavoitteena on saada potilaan kehonhallinta leikkausta edeltävälle tasolle. Myös alaraajojen tunnon ja liikkeen tulee palautua. (Lukkarinen ym. 2012, 15, 17.)

## 7.7 Lämpötapaino

Ydinlämmön normaalirajat ovat 36–38 °C välillä. Hypotermia altistaa potilaan monille komplikaatioille. Hypotermiaa tulee ehkäistä jo leikkauksen aikana. Lämpötila laskee anestesian tai puudutuksen aikana 1-3 astetta, mutta lämpötila voi laskea myös heräämöhoidon aikana. Lämpötilaa seurataan heräämössä, koska normaalilämpöiset potilaat toipuvat anestesiasta nopeammin. (Lukkarinen ym. 2012, 19–20.)

Hypotermian vuoksi hapentarve voi kasvaa jopa nelinkertaiseksi. Aivoverenkierto heikkenee. Myös sydämen rytmihäiriöt sekä verenpaineen nousu tai lasku yleistyvät. Munuaisten metabolia heikkenee, jolloin anestesia-aineet poistuvat hitaammin elimistöstä. Potilaan periferia kylmenee ja happisaturaation mittaaminen vaikeutuu. Veren hyytymisaika pitkittyy, haavan paraneminen hidastuu ja tulehdusriskit kasvavat. (Lukkarinen ym. 2012, 19–20.)

Heräämössä hypotermisen potilaan lämpöä tulee mitata 15 minuutin välein, kunnes lämpö on normaali. Alilämpöistä potilasta tulee lämmittää lämpöpuhallinpeittojen, lämmitettyjen nesteiden sekä huonelämmön nostamisen avulla. Hypotermiasta tärisevälle potilaalle on annettava lisähappea sekä lääkettä (esimerkiksi Petidin). Huomioitavaa on, että tärinä saattaa johtua myös kivusta tai anestesia-aineista. Tärinä lisää hapenkulutusta. Myös sydänkomplikaatiot lisääntyvät ja happisaturaation sekä EKG:n mittaukset häiriytyvät. (Lukkarinen ym. 2012, 21–22.)

## 7.8 Nestetasapaino

Potilailla joilla munuaiset ja sydän toimivat normaalisti, on nesteen tarve vuorokaudessa 25–35 ml/kg. Nestetasapainoa mitataan verikaasuanalyyseilla sekä seuraamalla laboratoriokokeista hematokriittia, hemoglobiinia, kaliumia, natriumia ja kreatiniinia. Myös potilaan levottomuus, hypoksia, hengitysfrekvenssin nousu, takykardia, vähentynyt virtsaneritys, periferian viileys ja happisaturaation laskeminen viittaavat hypovolemiaan. Hypovolemia voi aiheutua leikkausvuodosta, haihtumisesta, nesteen riittämättömästä korvaamisesta, preoperatiivisesta paastosta, nesteen siirtymisestä soluvälitilaan tai maha-suolikanavaan sekä liiallisesta diureettilääkityksestä. (Lukkarinen ym. 2012, 9-10.)

Useimmiten hypovolemiaa voidaan hoitaa suonensisäisillä kristalloideilla, kolloideilla ja verituotteilla. Massiivisessa vuodossa korvaus täytyy aloittaa ajoissa lääkärin ohjeiden mukaan. Noin 20 % nestevolyymien menetys aiheuttaa potilaalle merkittävän hypovolemian, jolloin virtsaneritys voi loppua. Toisaalta voi olla, että vasta 30 % nestemennyksellä hypovolemia näkyy systolisen verenpaineen laskuna ja sykkeen nousuna. Leikkauksen jälkeinen vuoto ei aina näy ulospäin, vaan se voi kertyä vaikkapa vatsaonteloon. Hypovolemista potilasta tulee seurata tarkasti ja keskuslaskimokanyyliä tarvitaan laskimopaineen tarkkaan seurantaan. Myös virtsan määrää ja väriä tulee seurata. Jos potilasta nesteytetään liikaa voi seurauksena olla turvotus ja jopa keuhkopöhö. (Lukkarinen ym. 2012, 10.)

## 7.9 Leikkausalue

Haavan huono paraneminen on yleinen syy pitkittyneeseen sairaalahoitoon, kasvaneisiin kustannuksiin ja kuolleisuuteen. Leikkausalueelta tulee seurata kipua, verenvuotoa, verenpurkauksia, kudoseritteen määrää, väriä ja laatua, haavan reunojen ja ympäristön

turvotusta sekä dreeneritystä ja dreenerijuuria. Leikkausalueen verenkiertoa arvioidaan ihon lämpöä, tuntoa ja väriä seuraamalla. Tunnottomuutta tai kehon osan toiminnan vajautta, tulehduksen oireita ja ompeleiden aiheuttamaa kireyttä arvioidaan. Haavasiidosten imukykyä ja paikallaan pysymistä seurataan. (Lukkarinen ym. 2012, 18.)

Sairaanhoitaja voi vaikuttaa haavan paranemiseen. Tärkeää on aseptiikan huomiointi kaikessa hoidossa. Hyvä kudoshapetus edistää haavan paranemista. Lisähappi 36 tunnin ajan leikkauksesta edistää haavan paranemista. Samoin kivunhoito, vakaa hemodynaamiikka, normovolemia, normotermia, pahoinvoinnin hoitaminen sekä lepo edistävät haavan paranemista. Komplikaatioiden riskiä lisäävät ja haavan paranemista hidastavat hypoksemia, hypotermia, korkea ikä, tupakointi, malignit kasvaimet, ravitsemushäiriöt, pitkittynyt leikkaus, perussairaudet, lihavuus, solunsalpaaja-, kortisoni-, ja immunosuppressiolääkitys sekä levottomuus. (Lukkarinen ym. 2012, 18–19.)

Leikkaushaavassa tulee säilyttää alkuperäiset sidokset 24 tuntia. Jos haava vuotaa sidosten läpi, tulee sidosten vaihto tehdä steriilisti. Myös menetetty veri tulee korvata, jos hemoglobiinitaso on laskenut liikaa. Asentohoito on heräämössä myös tärkeää painehaavojen ehkäisemiseksi sekä haava-alueen hyvän verenkierron mahdollistamiseksi. (Lukkarinen ym. 2012, 19.)

## 8 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

### 8.1 Laadullinen tutkimus

Laadullisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään tutkittavia ilmiöitä osallistujien näkökulmasta subjektiivisesti. Ohjaavia kysymyksiä ovat mitä-, miksi- ja miten-kysymykset. Tutkimustehtävät ovat usein laajoja ja ne tarkentuvat tutkimuksen aikana. Osallistujat valitaan tarkoituksenmukaisesti niin, että heillä on kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. Osallistujia on yleensä vähän. Aineistonkeruumenetelmät ovat avoimia ja tutkimuksen tekijällä ja osallistujilla on läheinen kontakti toisiinsa. Myös tutkimuksen tekijän rooli on olla aktiivinen osallistuja. Aineistonkeruussa painotetaan luonnollisia olosuhteita. Laadullinen tutkimus valitaan menetelmäksi usein, jos aiheesta on vähän tutkimustietoa, koska tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa. (Kylmä & Juvakka 2007, 26, 31.)

Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on induktiivisuus. Tällöin päättelyssä tehdään havaintoja yksittäisistä tapahtumista, joista muodostuu laajempi kokonaisuus. Induktiivinen päättely on aineistolähtöistä ja tavoitteena on ymmärtää osallistujien näkökulmia. (Kylmä & Juvakka 2007, 22.) Teoriaa tarvitaan laadullisessa tutkimuksessa sen viitekehysten luomiseen sekä metodien, tutkimuksen etiikan ja luotettavuuden hahmottamiseen (Tuomi & Sarajärvi 2002, 17–18).

Valitsimme tutkimusmetodiksemme laadullisen tutkimuksen, koska aihettamme ei ollut juuri tutkittu aiemmin tästä näkökulmasta. Laadullinen tutkimusmetodi sopi meille hyvin, koska halusimme saada heräämössä työskenteleviltä sairaanhoitajilta monipuolista tietoa tutkittavasta aiheesta. Puolistrukturoitu teemahaastattelu antaa joustavuutta sekä haastattelijalle, että vastaajalle ja pystyimme tarvittaessa tekemään tarkentavia kysymyksiä, jotka auttoivat saamaan aineistosta mahdollisimman kattavan. Haastatteluidemme teemarunko on esitelty liitteessä 4.

### 8.2 Aineiston keruu

Aineistonkeruumenetelmämme on puolistrukturoitu teemahaastattelu. Tällöin haastattelun kysymysten muoto ja järjestys on ennalta päätetty ja kaikille sama, mutta vastaus on

avoin ja haastateltava saa kertoa omin sanoin (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 204–212). Haastattelussa on myös mahdollista toistaa kysymys ja tarvittaessa oikaista väärinkäsityksiä, selventää ilmauksia ja käydä keskustelua (Tuomi & Sarajärvi 2002, 75).

Aineisto kerättiin Tampereen yliopistollisen sairaalan erään leikkausosaston sairaanhoitajilta. Haastattelimme neljää vapaaehtoista sairaanhoitajaa, joilla on pitkä työhistoria ja kokemus heräämöhoitotyöstä. Tämä on olennaista opinnäytetyön kannalta.

### **8.3 Sisällönanalyysi**

Haastatteluiden kuunteleminen ja kirjoittaminen sana sanalta eli litterointi on jo aineistoon tutustumista. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–111.) Opinnäytetyössämme teimme aineiston analyysiä aineiston keruusta alkaen. Tämän jälkeen perehdyimme vielä aineiston sisältöön lukemalla sitä läpi.

Sisällönanalyysin tarkoituksena on luoda tutkittavasta asiasta sanallinen ja selkeä kuvaus. Aineisto pyritään järjestämään selkeään ja tiiviiseen muotoon ilman että sen sisältämä informaatio katoaa. Kun aineisto on selkeämmässä muodossa, voidaan tehdä luotettavia ja selkeitä johtopäätöksiä tutkittavasta asiasta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110.) Sisällönanalyysin keinoin pyritään tiivistämään tutkittavaa ilmiötä ja käsitteellistämään sitä. Aineiston analyysi voi olla induktiivista tai deduktiivista. (Kynge & Vanhanen 1999, 3.) Kun käytössä on induktiivinen sisällönanalyysi, tekstistä etsitään ilmaisuja, jotka kertovat jotain tutkittavasta ilmiöstä. Analyysissä edetään yhden haastattelun tarjoamasta kuvauksesta yleiskuvaukseen. (Kylmä & Juvakka 2007, 112–113, 119.) Tässä työssä menetelmä on induktiivinen eli aineistolähtöinen. Sisällönanalyysiamme ohjasivat opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät. Olemme analysoineet vain sen mitä haastattelussa on selvästi ilmaistu, mutta emme piiloviestejä.

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheet ovat yleiskuvan hahmottaminen, pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. (Kylmä & Juvakka 2007, 116). (Kuvio 2).





KUVIO 2. Sisällönanalyysin vaiheet

Pelkistämässä aineistosta etsitään ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimustehtävään (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5). Pelkistettäessä nämä ilmaisut tiivistetään niin, että niiden olennainen merkitys on säilynyt. Vaikka tarkoitus on tiivistää alkuperäisiä ilmauksia, tulee huolehtia siitä etteivät pelkistetyt ilmaukset jätä mitään olennaista merkitystä pois asiasta. Joskus voidaan käyttää myös samoja sanoja, kuin alkuperäisilmauksissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 117.) Pelkistetyt ilmaukset kootaan listaksi ja aletaan tarkastella pelkistettyjen ilmaisuiden samankaltaisuuksia. (Kylmä & Juvakka 2007, 118; Kyngäs & Vanhanen 1999, 5-6). Alla esittelemme omassa opinnäytetyössämme tekemäämme aineiston pelkistämistä (Taulukko 2).

Taulukko 2. Esimerkki alkuperäisilmauksien pelkistämisestä.

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus
Hyvä heräämöhoito on semmosta, että potilas saadaan niin kivuttomaksi, mitä meidän menetelmillä on mahdollista	Kivuttomaksi tekeminen
Se on enemmän sellaista potilaan voinnin tarkkailua leikkauksen jälkeen	Potilaan tarkkailu

Samankaltaisuuksien etsiminen pelkistetyistä ilmauksista on ryhmittelyä ja analyysin seuraava vaihe (Kyngäs & Vanhanen 1999, 6). Myös ilmauksien eroavaisuudet huomioidaan. Aineisto ja opinnäytetyön tekijöiden tulkinta ohjaavat pelkistettyjen ilmauksien yhdistämistä. Kun pelkistetyt ilmaukset on yhdistetty, alaluokka nimetään siten, että se kattaa kaikki sen alle tulevat pelkistetyt ilmaukset. (Kylmä & Juvakka 2007, 118.) Ryhmittelyssä aineisto tiivistyy, koska pelkistetyt ilmaukset kootaan yhteen ja niistä tehdään ylempi käsite. Tämä antaa pohjan aineiston perusrakenteelle ja antaa kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 114–115.) Seuraavalla sivulla on esimerkki ryhmittelyn toteuttamisesta omassa opinnäytetyössämme (Taulukko 3).

Taulukko 3. Esimerkki ryhmittelystä.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Kivuttomaksi tekeminen Kivunhoidon hallinta Kivunlievityksen keinot Kivun tulkinta ja arviointi Hyvä kivun hoito	Kivun hoito
Potilaan tilan ulkoista arviointia ja hoitamista Potilaan tarkkailu Potilaan havainnointi Potilaan kokonaisvaltaisen tarkkailun hallinta Tarkkailulaitteiden hallinta Muutosten havaitseminen potilaan voimissa	Tarkkailu

Analyysi jatkuu niin, että samansisältöiset alaluokat yhdistetään ja niistä muodostetaan yläluokkia. Näille yläluokille annetaan nimet, jotka kuvaavat niitä alaluokkia, joista se on muodostettu. Tässä vaiheessa analyysiin liittyy myös aineiston abstrahointia, eli käsitteellistämistä. Abstrahointia jatketaan niin kauan, kuin se on aineiston sisällön kannalta mielekästä ja mahdollista. (Kygäs & Vanhanen 1999, 6-7.) Abstrahoinnissa tärkeää on, että luokittelutasoa ei nosteta liian nopeasti ja voimakkaasti vaan vähitellen, jolloin analyysin vaiheet antavat vastauksen opinnäytetyön tarkoitukseen ja tehtäviin (Kylmä & Juvakka 2007, 119). Omassa opinnäytetyössämme jaoinme pelkistetyt ilmaukset alaluokkiin ja teimme alaluokista yläluokkia, joista saimme vielä muutaman pääluokan. Tästä abstrahointia ei ollut mahdollista jatkaa enää pidemmälle. Seuraavalla sivulla taulukossa 4 on esitetty yläluokat ja pääluokat, jotka saimme abstrahoinnin tuloksina omassa opinnäytetyössämme (Taulukko 4).

Taulukko 4. Yläluokat ja pääluokat.

Yläluokka	Pääluokka
Potilaan kokonaisvaltainen hoito	Potilaan kokonaisvaltainen hoito ja tarkkailu
Potilaan kokonaisvaltainen tarkkailu	
Hoidon tarpeen ja vaikuttavuuden arviointi	
Potilaan tarpeiden huomiointi	
Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen	Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen ja yksilölliset ominaisuudet
Sairaanhoitajan henkilökohtaiset ominaisuudet	
Potilasturvallisuus	Potilasturvallisuus
Olosuhteet	

Aineisto liitetään abstrahoinnin avulla teoreettisiin käsitteisiin (Tuomi & Sarajärvi 2002, 115). Tuloksissa esitämme aineistosta muodostetun mallin ja kuvaamme luokittelujen pohjalta muodostettuja käsitteitä sekä luokkia ja niiden sisältöä. Pyrkimyksenämme on ymmärtää tutkittavia heidän näkökulmastaan analyysin kaikissa vaiheissa.

## 9 TULOKSET

Raportoimme tulokset pääluokkiemme mukaan niin, että pääluokat toimivat tulostemme otsikoina. Potilaan kokonaisvaltainen hoito ja tarkkailu on jaettu kuitenkin kahdeksi eri otsikoksi aiheen laajuuden vuoksi.

### 9.1 Potilaan kokonaisvaltainen tarkkailu

Potilaan kokonaisvaltainen tarkkailu heräämöhoidotyössä nousi haastatteluissa korostuvasti esille. Tarkkailu koostuu potilaan tilan ulkoisesta arvioinnista ja havainnoinnista sekä tarkkailulaitteiden avulla tapahtuvasta seurannasta. Tarkkailun tulee olla jatkuvaa ja intensiivistä. Heräämössä on oltava jatkuvasti sairaanhoitaja läsnä, eli potilaita ei saisi jättää yksin. Heräämön minimimiehitykseksi onkin osastolla resursoitu vähintään kaksi sairaanhoitajaa.

Tarkkailtavissa asioissa korostuivat kivun, pahoinvoinnin ja vitaalielintoimintojen tarkkailu. Esille nousivat myös tajunnan tason tarkkailu sekä potilaan psyykkisen tilan arviointi keskustelemalla ja kuuntelemalla. Lisäksi leikkausalueen ja vuodon tarkkailu on tärkeää. Myös nestetasapainoa tarkkaillaan ja nestehoidon sekä lääkehoidon vaikuttavuutta arvioidaan.

Tärkeää on huomata välittömästi muutokset potilaan voinnissa. Sairaanhoitajan tulee ymmärtää asiayhteydet voinnin muutoksissa eli mistä muutokset voisivat johtua. Mahdollisiin muutoksiin on syytä varautua ennakoimalla esimerkiksi monitoreja seuraamalla. Näin osataan myös reagoida muutoksiin oikein ja nopeasti.

*”Ennakoivasti seurataan niitä monitoreita, et onko siellä jotain muutoksia – – tarkkana niinku leikkaussalissakin niin ennakoidaan ja seurataan vuotoa ja muuta, et potilaan tilassa ei pääse tapahtumaan mitään romahdusta.”*

Potilaan tarkkailussa on oltava tietoa myös anestesiamuodoista ja leikkauksesta sekä niiden erityisvaikutuksista postoperatiiviseen tarkkailuun.

Potilaan vointia arvioidaan myös heräämöstä osastolle siirtämistä silmällä pitäen. Osastolle siirtyessä potilaalla on oltava hyvä vointi, eikä hän ole enää riippuvainen sairaan-

hoitajan jatkuvasta läsnäolosta. Siirtyessä potilaan kipujen tulee olla hallinnassa, hengityksen tulee olla tasaista, virtsanerityksen tulee toimia ja potilaan voinnin tulee olla tasainen.

## 9.2 Potilaan kokonaisvaltainen hoito

Tärkeää heräämössä on jatkuvasti arvioida ja tunnistaa potilaan hoidon tarvetta. Nopeaa toipumista tulee edistää. Kaiken hoidon tulee olla yksilöllistä ja potilaslähtöistä. Potilaan kaikkia tarpeita tulee huomioida ja hänen kanssaan tulee olla vuorovaikutuksessa aktiivisesti. Hoidon tulee olla kunnioittavaa ja empaattista. Tärkeää on huolehtia potilaan yksityisyydestä ja intimitetistä.

Potilaan henkinen tukeminen on osa kokonaisvaltaista hoitoa. Tähän liittyy potilaan kuunteleminen, tukeminen ja kannustaminen. Tavoitteena on luoda potilaalle mahdollisimman hyvä kokemus hoidosta. Psykkisestä turvallisuudentunteesta huolehtiminen on tarpeen. Potilasta tulee huomioida ja sairaanhoitajan täytyy olla läsnä. Potilaan yksilöllisiin tarpeisiin tulee vastata ja esimerkiksi hätäntyneen potilaan lohduttaminen ja rauhoittelu on tärkeää.

Haastatteluissa kivunhoito nousi toistuvasti esille. Heräämössä kivunhoidossa korostuu toki lääkkeellinen kivunhoito, mutta myös muut kivunhoidon muodot ovat käytettävissä. Sairaanhoitajalla on oltava myös taitoa tulkita ja arvioida potilaan kipua. Potilas voi olla kivulias, vaikka ei sitä kertoisi tai ei ulkoisesti vaikuttaisi kivuliaalta.

*”Kivun lievityksellä on tosi iso merkitys, että kipua ei missään nimessä pidä kärsiä tai tuntee liian kovana ja jos kipu saadaan hoidettua niin se toipuminenkin alkaa nopeempaa.”*

Pahoinvoinnin arvioinnin ja hoidon haastateltavat nostivat myös esille tärkeänä osana heräämöhöhoitoa. Pahoinvoinnissa ennaltaehkäisy lääkkeellisesti on ensiarvoisen tärkeää. Pahoinvoinnin riskiä arvioidaan preoperatiivisesti ja sitä lääkitään ennaltaehkäisevästi usein jo leikkaussalissa. Pahoinvoinnin merkit on tärkeää pyrkiä tunnistamaan ennalta.

Potilaan vitaalielintoiminnoista huolehtimista haastateltavat pitivät tärkeänä. Tämä tarkoittaa ensisijaisesti hemodynamiikan turvaamista tarvittaessa lääkkeellisesti ja asento-

hoidolla sekä hengityksen ja riittävän hapetuksen turvaamista. Heräämöpotilailla onkin aina käytössä lisähappi. Tärkeää on myös varautua mahdollisiin kriisitilanteisiin ja niiden hoitamiseen. Tällaiset tilanteet ovat heräämössä mahdollisia ja ne nousivat haastatteluissa esille toistuvasti. Jos potilaan vointi huononee äkillisesti, on sairaanhoitajan osattava reagoida nopeasti, mutta toimittava silti rauhallisesti luoden potilaalle turvallisen olon. Myös elvytystilanteeseen tulee olla varautunut ja tarvittavat välineet tulee olla saatavilla.

*”Vaikka itsellä sydän hakkaa, että voi vitsi nyt täytyy toimia nopeesti, nii sitte potilaalle täytyy kuitenkin ulospäin olla hyvin rauhallinen, et täs on tilanne niinku täysin hallussa”*

Potilaan hoidon jatkuvuuden tulee olla sujuvaa ja jatkohoidon turvattua. Niinpä asianmukainen ja kokonaisvaltainen raportointi on tärkeää. Tietokatkoksia ei saa syntyä. Sairaanhoitajalla tulee olla myös ymmärrystä potilaan hoitopolusta.

### **9.3 Potilasturvallisuus heräämöhoitotyössä**

Potilasturvallisuustekijät nousivat haastatteluissa esille. Päällimmäisenä puhuttiin fyysisestä turvallisuudesta. Mahdollisia riskejä on tärkeää tunnistaa ja sitä kautta pyrkiä hallitsemaan niitä. Potilasturvallisuutta voidaan edistää ennaltaehkäisyllä. Tapaturmien ehkäisy esim. siirtotilanteissa on tärkeää. Tärkeää on myös muistaa laittaa potilaan vuoteen jarrut päälle ja nostaa laidat ylös. Mikäli sairaanhoitaja on epävarma jostakin asiasta tai osaamisestaan, on asioiden varmistaminen tärkeää. Tämä korostuu erityisesti uusien ja kokemattomien työntekijöiden kohdalla. Turvallisuuskoulutuksen järjestäminen on tärkeää ja sitä ovat haastateltavamme myös saaneet. Näihin koulutuksiin liittyvät muunmuassa paloturvallisuuteen ja kiinteistöturvallisuuteen liittyvät tekijät.

Yksi osa potilasturvallisuutta liittyy heräämössä käytössä oleviin laitteisiin ja tekniikkaan. Laitteisiin voi tulla toimintahäiriöitä, jotka voivat vaarantaa potilasturvallisuuden. Sairaanhoitajilla tulee olla taitoa käyttää tekniikkaa. Sairaanhoitajien osaamattomuus laitteiden käytössä voi myös vaarantaa potilasturvallisuuden.

Turvallisuus lääkehoidossa nousi haastatteluissa tärkeänä osana potilasturvallisuutta. Lääkehoidossa korostuu tarkkuus ja tarkistaminen. Määräykset ja oikea annostus on syytä tarkistaa anestesiakaavakkeelta aina ennen lääkkeen antoa. Vielä lääkettä annetta-

essa tulee varmistaa, että lääkettä annetaan oikea määrä. Heräämössä hoidetaan usein useaa potilasta kerralla, joten lääkehoidossa tulee huolehtia myös siitä, että lääke menee oikealle potilaalle ja määräykset on katsottu oikean potilaan papereista. Sairaanhoidajan tulee myös tietää lääkkeiden vaikutuksista ja mahdollisista haittavaikutuksista elimistössä sekä arvioida vaikuttavuutta. Myös organisaatiolla on vastuu sairaanhoidajien lääkehoidon osaamisen varmistamisesta. Tämä toteutuu esimerkiksi lääkehoidon osaamisen kokeella, joka tulee suorittaa tietyin väliajoin saadakseen luvan toteuttaa lääkehoidoa.

Psyykkisestä turvallisuudentunteesta huolehtiminen on tärkeää ja sen haastateltavat kokivat haastavammaksi ja yksilökeskeisemmäksi asiaksi kuin fyysisestä turvallisuudesta huolehtimisen. Potilaalle tulee luoda sellainen tunne, että hänestä huolehditaan ja hän ei ole yksin, vaikka vierellä ei olisikaan kokoajan joku. Myös turvallisen ja rauhallisen ilmapiirin luominen on potilaan koko hoidon ajan tärkeää. Rauhattoman ja hätäntyneen potilaan rauhoittelu ja lohduttaminen sekä yleinen jutustelu luovat turvallisuudentunnetta. Samoin tieto leikkauksen onnistumisesta rauhoittaa potilasta. Monet potilaat kaipaavat myös kosketusta, kuten kädestä kiinni pitämistä. Sairaanhoidajalta vaaditaan herkkyyttä aistia potilaan tarpeita ja taitoa vastata niihin. Kun potilas tuntee olonsa turvallisiksi, hän rentoutuu ja tämä edistää toipumista.

Potilasturvallisuuteen vaikuttavat resurssit, joilla heräämöhoidoa tehdään. Henkilökuntaresurssit ovat tärkeässä asemassa ja heräämössä ei saisi koskaan joutua olemaan yksin, koska kiireelliset tilanteet ja potilaan voinnin muutokset vaativat usein kahta tai useampakin sairaanhoidajaa. Lisäksi potilaita ei koskaan saisi jättää yksin heräämöhön.

*”Ei pysty hetkeksikään jättämään potilaita yksin siihen tilaan, vaan tarvii olla aina toinen sitten jos käyt vaikka tyhjentämässä pissapussia taikka jotain nii aina pitää olla yksinä kattomassa”*

Myös heräämön tilat vaikuttavat potilasturvallisuuteen. Tärkeää on esimerkiksi työpisteiden sijoittelu potilasvuoteisiin nähden niin, että kasvot ovat vuoteisiin päin työpisteellä työskennellessä. Potilaan hoitoon tarvittavia välineitä ja laitteita tulee myös olla riittävästi. Niiden tulee olla toimintakuntoisia ja helposti saatavilla.

Uusien työntekijöiden riittävä perehdytys on tärkeää potilasturvallisuuden kannalta. Perehdytyksen tulee olla suunnitelmallista ja tavoitteellista. Tietoa on syytä olla saatavana myös kirjallisesti perehdytyskansioissa. Perehdytystä olikin haastateltavien mukaan kehitetty osastolla viime aikoina. Perehdytyksen on oltava yksilöllistä niin, että uuden työntekijän osaamistaso alussa huomioidaan. Myös perehdytysaika voi olla yksilöllinen. Leikkausosastolla jossa haastateltavat työskentelevät, on käytössä työnkierto. Niinpä uusi työntekijä perehdytetään leikkaus- anestesia- ja heräämöhoidotyöhön. Haastateltavan mukaan heräämö on osastolla viimeinen paikka, johon uusi työntekijä perehdytty. Kokonaisperehdytysaika kestää siten jopa usean kuukauden ajan.

*”Meil on hirveesti koitettu kehittää tota perehdyttämistä ja laatia oikeen semmosia suunnitelmia, että se ois suunnitelmallisempaa”*

*”Riippuen uusien työntekijöiden kokemuksesta, niin aina se perehdytys alkaa jostain... jos on anestesiassa ollu, nii menee anestesiaan. Jos on vasta valmistunu eikä paljoo oo ollu töissä, niin kyllähän tietysti semmoselle pitää varata sitä aikaa riittävästi.”*

*”Heräämöhön kyllä tarvii melkeen yhtä pitkän perehdytysajan ku saliin, mutta toisaalta, ku meillä on aina kaks heräämössä, niin toisaalta ihan viikon jälkeenki siinä kaverina sitte pärjää”*

Haastatteluissa korostui myös jatkuva oppiminen ja itsensä kehittäminen. Myös työnantajalla on vastuuta koulutuksen järjestämisessä.

*”Siihen heräämöhoidotyöhön nyt perehtyy ihan kokoajan, vaikka ois ollu kymmenenki vuotta töissä... Heräämöhoidotyö on tavallaan aliarvostettua, että kyllähän nyt kipulääkkeitä osaa antaa kuka tahansa, mutta se kaikki semmonen muu hienosäätö ja semmoset pikkujutut mitä siihen kuuluu, mitä tulee vastaan vuosien kokemuksen myötä, nii ne tekee siitä semmosta antoisaa.”*

Haastatteluissa nousi esille potilasturvallisuuteen liittyen lisäksi järjestelmällisyys, joka tarkoittaa potilaspapereiden, välineiden ym. järjestyksessä pitämistä. Avun saaminen nopeasti tarvittaessa on myös tärkeää potilasturvallisuuden kannalta. Hoidon suunnitelmallisuus ja toimiva työnjako sekä joustavuus työtehtävissä edistävät hoidon sujuvuutta ja siten potilasturvallisuutta.

*”Joustavasti kun me tehdään kaikkia hommia täällä, niin sitten jos aamusella ei potilaita ole heräämössä, niin mennään saliin auttamaan.”*



Aseptiikan toteuttaminen kaikessa hoitotyössä on olennaista potilasturvallisuuden kannalta. Se korostuu erityisesti eristyspotilaiden kohdalla. Eristyspotilaat vaativat taitoa myös hoitotyön suunnittelun ja organisoinnin osalta.

#### 9.4 Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen heräämöhoidotyössä

Heräämöhoidotyö vaatii paljon ammatillista tietoa ja taitoa sairaanhoitajalta. Sairaanhoidajalla tulee olla tietämystä erilaisista anestesia- ja leikkauksista. Pitää myös ymmärtää mitkä salissa tapahtuneet asiat ovat heräämöhoidossa tärkeitä ja mitä asioita pitää erityisesti tarkkailla leikkauksen puolesta. Monesti potilaille on tärkeää, että he saavat heräämössä kuulla toimenpiteen kulusta ja kuinka leikkaus on onnistunut. On myös tärkeää tietää, kuinka anestesia-aineet vaikuttavat kehossa post-operatiivisessa vaiheessa.

Sairaanhoidajan tulee hallita potilaan tarkoituksenmukainen ja turvallinen lääkehoito. Lääkkeiden vaikutuksista ja mahdollisista haittavaikutuksista tulee olla tietoa. Sairaanhoidajalla tulee olla taitoa arvioida lääkehoidon vaikuttavuutta. Suuri osa heräämössä toteutettavasta lääkehoidosta on kivunhoitoa. Kivunhoidon tulee olla hallinnassa lääkkeellisesti ja myös muilla menetelmillä. Sairaanhoidajalla tulee olla ymmärrystä havaita potilaan kipua.

*”Kivut täytyy yrittää huomata, joku potilas voi olla täysin hiljaa kivusta ja toinen voi tehdä siitä kovan metelin. Täytyy ymmärtää et se hiljaa olevakin voi olla kovin kipee.”*

Toinen tärkeä lääkehoitoon liittyvä osa on pahoinvoinnin hoito. Sairaanhoidajan tulee tunnistaa pahoinvointia edeltävät merkit ja ennakoida pahoinvoinnin lääkitsemisessä. Mikäli pahoinvoinnin riski on suuri, on potilaat tosin usein lääkitty jo leikkaussalissa.

*”Pahoinvoinnin hoitaminen ja sitte se sen tunnistaminenkin kun se usein antaa jotain muita merkkejä jo siitä että se on tulossa ennenkun potilas varsinaisesti tulee pahoinvoivaksi.”*

Sairaanhoidajalla tulee heräämössä olla monipuoliset kädentaidot. Tähän kuuluu lääkärin avustaminen toimenpiteissä, kuten intuboinnissa ja puudutuksissa, joita tarvittaessa heräämössä tehdään. Lisäksi sairaanhoidajan tulee osata hapettaa ja ventiloita maskilla potilasta. Myös elvytystaidot ovat olennainen osa heräämössä työskentelevän sairaan-

hoitajan osaamista. Tähän kuuluu puhallus-paineluelvytyksen lisäksi elvytyslääkkeiden hallinta, sekä defibrillointitaidot.

Sairaanhoitajalla tulee olla laaja ymmärrys ihmisen fysiologiasta ja elintoiminnoista. Elintoimintojen tarkkailu tulee myös hallita ja havaita muutokset sekä ymmärtää asiayhteydet potilaan tilan muutoksissa. On myös osattava arvioida ja tunnistaa voinnin muutosten syitä. Sairaanhoitajan on kyettävä ennakoimaan potilaan tilan heikkenemistä ja reagoimaan siihen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Mikäli potilaan voinnissa tapahtuu romahdus, on sairaanhoitajan kyettävä itsenäiseen päätöksentekoon ja toimintaan.

*”Ja osaamista itsenäiseen toimintaan, et jos potilaan voinnissa tapahtuu romahdus, niin kykenee toimimaan, lääkitsemään, hapettamaan, ventiloimaan ja osaa antaa sydämen ja verenkierron toimintaan vaikuttavia lääkkeitä tarvittaessa.”*

*”pitää olla kokoaika herkkä sille, että jos potilaan vointi menee väsyneemmäks tai huonommaksi nii se pitää osata huomata.”*

*”Heräämöhoidosta joskus ajatellaan että se ei niinku juuri ole mitään, että potilashan menee sinne silloin, kun kaikki on ohi. Mut kyl heräämö kasvattaa itselle sellasen asenteen, että siellä pitää olla hyvin skarppina, et tavallaan ennakoivasti seurata niitä monitoreita, et onko sielä jotain muutoksia.”*

Sairaanhoitajan tulee osata arvioida potilaan kokonaisvointia osastolle siirtokelpoisuuden kannalta. Osastolle siirtyessä potilaan voinnin tulee olla tasainen. Sairaanhoitajan tulee osata myös kirjata potilaan heräämöhoidoa asianmukaisesti ja antaa raportti jatko- hoitopaikkaan.

*”...että määräykset on laitettu ja ohjeistettu osaston sairaanhoitajia ja kaikki muutkin jatkohoitoasiat on määritelty. Potilaan kunnon tulee olla sellainen, että hän selviytyy siellä osastolla, että se kriittisin vaihe on menny ohitte ja vointi on ollu jo pitempään tasanen, kipu on hallinnassa ja potilaalla itselläänkin on sellanen olo että hän voi mennä osastolle ja selviytyy siellä.”*

Sairaanhoitajalla tulee olla tietämystä aseptiikasta ja taitoa toimia aseptisesti kaikessa hoitotyössä. Erityishaasteen asettavat eristyspotilaat, joiden hoito tulee heräämössä työskentelevien sairaanhoitajien hallita.

Heräämössä on käytössä monenlaisia laitteita ja koneita. Sairaanhoidajan on osattava käyttää laitteita oikein ja turvallisesti, mutta osattava toimia myös tilanteissa joissa laitteet tai koneet eivät toimikaan niin kuin niiden pitäisi.

*”...infuusiopumpun kanssa nii nehän on aina noi laitteet sellasia et niitten kanssa voi sattua vahinkoja ja niihin voi tulla jotain vikoja taikka jotain, mut kaikki letkustot ja semmoset, että hanat on auki oikeeseen suuntaan, niiden kanssa täytyy olla tarkkana.”*

*”Meillä on paljon noita valvontalaitteita... ja vaatimustasokin nousee, kun meidän pitää hallita ne laitteet ja muut”*

Myös tietoteknistä osaamista vaaditaan ja erilaisten potilastietojärjestelmien käytön hallintaa.

*”Meidän täytyy hallita sitten myöskin nää erilaiset järjestelmät ja nää tietotekniikkasysteemit”*

Sairaanhoidajan tulee osata tukea potilasta psyykkisesti heräämössä. Hoidon tulee olla potilasta huomioivaa ja sairaanhoidajan tulee osata kuunnella potilasta. Hätäntyneen potilaan rauhoittelu ja turvallisuudentunteen luominen potilaalle on tärkeää. Tämä edellyttää sairaanhoidajalta kykyä osoittaa empatiaa. Myös taito tukea, motivoida ja kannustaa potilasta on tärkeää. Tarkoituksena on luoda potilaalle mahdollisimman hyvä kokemus heräämöhoidosta.

*”...saada se vakuuttuneeksi siitä, että asiat on hyvin ja että hän pärjää siellä osastolla, tavallaan niinku semmosta kannustamista ja motivoimista sen eteen, että asiat on niinku reilassa.”*

*”Semmonen pieni hienosäätö millä saa sen potilaan tunteen olonsa hyväksi, niin se on aika haastavaa.. Kaikkia semmosia pieniä asioita, et johonki tiettyyn kohtaan osaa sanoa vaikka jonkun oikeen asian, tai vaan olla siinä vieressä ja vaikka pitää kädestä kiinni. Seki on monesti potilaalle kauheen tärkeitä.”*

Taito ohjata potilasta on tärkeä ominaisuus, joka heräämössä työskentelevällä sairaanhoidajalla tulisi olla hallinnassa. Ohjausta on esimerkiksi toimenpiteen kulun kertominen potilaalle ja potilaan informointi hoidon eri vaiheista. Aina tulisi osata selittää mitä tehdään ja miksi.

*”Heräämössä kyllä sitte jo niistä jatkoistaki puhutaan – – kotihoito-ohjeita ja semmosia.”*

Sairaanhoitajalla tulee olla valmius ohjata ja perehdyttää uusia työntekijöitä, sekä opiskelijoita ja arvioida heidän osaamistasoaan.

Ammattitaidon ja oman osaamisen kehittäminen sekä ylläpitäminen jatkuvasti on tärkeää heräämöhoidotyössä. Tietojaan ja toimintatapojaan tulee päivittää. Sairaanhoitajan tulee olla myös tietoinen omasta osaamisestaan ja uskallettava pyytää apua tarvittaessa. Myös työnantajalla on vastuu sairaanhoitajien ammattitaidon ylläpitämisestä ja koulutamisesta.

*”Minimitason sielä heräämössä oppii nopeesti, mutta sitte ku sä haluat kasvattaa sun ammattitaitoa ja osaamista ja syventää sitä, että huomaat potilaasta hetken silmäyksellä et nyt toi on kipee tai että mistä se kipu johtuu nii se vaatii pidempää semmosta omaaki perehtyneisyyttä ja kokemusta.”*

Heräämöhoidotyötä ei tehdä koskaan yksin, joten se vaatii sairaanhoitajalta hyviä yhteistyötaitoja. Sairaanhoitajalta edellytetään joustavuutta ja apua tulee osata tarjota sekä pyytää. Hyvät vuorovaikutustaidot ovat eduksi ja auttavat myös potilaan kohtaamisessa. Moniammatillisen yhteistyön sujuvuus on potilaan edun ja potilasturvallisuuden kannalta tärkeää.

Haastateltaviemme mukaan sairaanhoitajan henkilökohtaisilla ominaisuuksilla on vaikutusta heräämöhoidotyössä. Ongelmanratkaisutaidoista on apua uusissa ja vaihtuvissa tilanteissa. Rauhallisuudesta on etua, mutta pitää olla myös kykenevä nopeaan toimintaan. Heräämöhoido vaatii jatkuvaa tarkkaavaisuutta ja kokonaisuuden hallintaa, jonka jotkut voivat kokea haastavampana, kuin toiset.

*”Välillä, ku sul on monta, kolmeki potilasta hoidettavana nii sun täytyy muistaa kaikkien potilashistoria ja sairauskertomukset ja lääkitykset ja sitte mitä leikkausta on tehty, mitä seurataan... ja sitte yhtäkkiä se kolmikko vaihtuuki taas uuteen nii sen osa kokee vähä raskaammaks ja osa taas ei ota siitä mitään paineita ja pystyy hallitseen sen tilanteen.”*

Heräämössä sairaanhoitajilla on joskus kiire. Lisäksi sairaanhoitajat voivat olla väsyneitä päivystämisen ja sen jälkeisen työvuoron vuoksi. Huonovointiset potilaat voivat työllistää paljon ja samalla pitäisi hoitaa useampaa potilasta kerralla. Heräämöhoidotyössä tilanteet voivat myös muuttua nopeasti ja muutoksiin tulisi sopeutua. Tällaisissa tilan-

teissa stressinsietokyky korostuu. Oman rauhallisuuden ja maltin säilyttäminen on tärkeää, jotta hoidon laatu ei kärsi.

Työyhteisosastollamme on tapahtumassa organisaatiomuutoksia ja myös näihin muutoksiin haastateltavat kokivat haasteelliseksi sopeutua.

*”Nyt ku meilläki on niitä muutoksia tulossa kovasti, että miten se meidän heräämöhöito sitten tulevaisuudessa on, että minkälaisia taitoja meidän täytyy niinku kartuttaa.”*

Seuraavalla sivulla olevaan taulukkoon olemme koonneet tiivistetysti tuloksemme opinnäytetyön tehtävien mukaisesti (Taulukko 5).

Taulukko 5. Tulokset tiivistetysti tutkimustehtävien mukaisesti.

Millaista on hyvä heräämöhoitotyö?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potilasta kunnioittavaa, hänen tarpeitaan ja tunteitaan huomioivaa</li> <li>- Kokonaisvaltaista, jatkuvaa ja yksilöllistä potilaan tarkkailua</li> <li>- Potilaan voinnin ja tarpeiden arviointia ja voinnin muutosten huomioimista, sekä mahdollisten tukitoimien tarpeellisuuden arviointia</li> <li>- Hyvää kivunhoitoa ja potilaan vitaalielintoiminnoista huolehtimista</li> <li>- Pahoinvoinnin ennaltaehkäisyä ja hoitoa</li> <li>- Potilaan psyykkisestä hyvinvoinnista huolehtimista</li> <li>- Potilaan oikea-aikainen siirtyminen vuodeosastolle</li> </ul>
Mitkä tekijät vaikuttavat potilasturvallisuuden heräämöhoidotyössä?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Turvallisuus siirtotilanteissa ja potilasvuoteen käytössä</li> <li>- Riskien tiedostaminen ja hallinta</li> <li>- Uusien työntekijöiden perehdytys</li> <li>- Laitteiden ja välineiden oikeanlainen käyttö ja toiminta</li> <li>- Heräämön tilat, niiden järjestelmällisyys ja siisteys</li> <li>- Lääkehoidon turvallinen toteuttaminen</li> <li>- Potilaan psyykkisestä turvallisuudesta huolehtiminen</li> <li>- Riittävät resurssit henkilökunnan ja hoitovälineiden suhteen</li> </ul>
Minkälaisia ammatillisia vaatimuksia heräämöhoidotyö asettaa sairaanhoitajille?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Riittävä tietämys anestesiasta ja leikkauksista</li> <li>- Lääkkeellisen kivunhoidon, sekä muiden kivunhoidon muotojen hallintaa</li> <li>- Lääkehoidon hallinta ja riittävä farmakologinen tietämys</li> <li>- Ongelmanratkaisutaitoja ja kykyä itsenäiseen päätöksentekoon</li> <li>- Kyky reagoida nopeasti hätätilanteissa</li> <li>- Laajat kliiniset taidot</li> <li>- Taito tukea potilasta henkisesti</li> <li>- Taito tarkkailla ja tukea vitaalielintoimintoja, sekä hyvät elvytystaidot</li> <li>- Laitteiden ja välineiden oikeanlaisen käytön hallinta</li> <li>- Tietämys tavallisimmista komplikaatioista heräämöhoidossa ja niiden tunnistaminen</li> <li>- Potilasturvallisuudesta huolehtiminen ja vahinkojen ennaltaehkäisy</li> <li>- Oman osaamistasonsa tunnistamista ja avun pyytämistä tarvittaessa</li> <li>- Hyvät aseptiset taidot</li> <li>- Tiimityöskentelytaitoja</li> <li>- Taito perehdyttää uusia työntekijöitä</li> <li>- Riittävä tietämys ihmisen anatomiasta ja fysiologiasta</li> <li>- Taito arvioida potilaan kokonaisvointia, sekä siirtokelpoisuutta vuodeosastolle</li> <li>- Taito turvata hoidon jatkuvuus asianmukaisella kirjallisella ja suullisella raportoinnilla</li> </ul>

## 10 POHDINTA

### 10.1 Tulosten tarkastelu

Potilaan tarkkailu nousi teoriaosuudessaamme tärkeänä osana esille. Tuloksistamme ilmeni selvästi, että potilaan kokonaisvaltaisen tarkkailun hallinta on olennainen osa heräämössä työskentelevän sairaanhoitajan osaamisen edellytyksiä. Hoitajan on osattava tarkkailla potilasta ulkoisesti ja tarkkailulaitteiden avulla. Niinpä sairaanhoitajan tulee hallita tarkkailulaitteiden käyttö ja tulkinta. Tärkeää on myös ymmärtää asiayhteydet potilaan tilan muutoksissa ja osata reagoida muutoksiin oikein. Haastatteluissa esille nousseita tarkkailtavia asioita ovat potilaan kipu, pahoinvointi, vitaalielintoiminnot, tajunnan taso, leikkausalue, verenvuoto, nestetasapaino sekä psyykinen vointi. Tuloksemme olivat näiltä osin hyvin samanlaisia, kuin teoriassa esille nousseet tarkkailtavat asiat. Esimerkiksi Day (2007, 42) toteaa, että heräämössä työskentelevällä sairaanhoitajalla tulee olla taitoa arvioida potilaan tilaa ja mahdollisten tukitoimien tarvetta. Kirjallisuudessa mainittiin lisäksi lihastoiminnan, turvotusten ja lämpötilan tarkkailu (Lukkari ym. 2007, 366–369).

Ominaista heräämöhoidolle on, että potilaita ei voi koskaan jättää heräämööseen yksin vähäksikään aikaa ja tarkkailun on oltava intensiivistä ja jatkuvaa toisin kuin vuodeosastolla. Sairaanhoitajan onkin osattava arvioida myös potilaan siirtokuntoisuutta vuodeosastolle. Turvallinen ja oikein ajoitettu siirto tulee suhteuttaa potilaan vointiin ja toipumiseen (Lukkarinen ym. 2012, 5).

Potilaan kokonaisvaltaisen hoidon hallinta nousi tuloksissa esille. Sairaanhoitajan tulee arvioida ja tunnistaa potilaan hoidon tarpeet. Hoidon yksilöllisyys ja kokonaisvaltaisuus ovat keskeisiä asioita. Kaikki haastateltavamme painottivat hyvää kivunhoitoa. Kivun tunnistaminen ja kivun tason ymmärtäminen on ensiarvoisen tärkeää, koska potilaat ilmaisevat kipua hyvin erilaisin tavoin. Sairaanhoitajan on hallittava lääkkeellinen kivunhoito, mutta myös muut kivunhoidon muodot. Lukkarinen ym. (2012, 25) toteavat potilaan olevan leikkauksen jälkeen kivulias, vaikka ei sitä ilmaisaisikaan. Myös Nilsson ym. (2005, 98, 101) painottavat kivun seurannan ja hoidon tärkeyttä, koska lievittämätön kipu on yksi yleisimpiä heräämöhoidon pitkittymisen syitä. Samasta tutkimuksesta käy myös ilmi, että hoidon on oltava potilasta kunnioittavaa sekä potilaan tarpeita ja

tunteita huomioivaa. Tämä luo potilaalle turvallisuuden tunnetta ja kokemusta hyvästä hoidosta.

Pahoinvoinnin hoito on tuloksissa esillä. Tosin se on suurelta osin ennaltaehkäisyä jo ennen heräämöhoidovaihetta. Kuitenkin sairaanhoitajan on osattava reagoida mahdollisiin pahoinvoinnin merkkeihin heräämössä. Pahoinvoinnin potilaat kokevat usein jopa epämiellyttävämmäksi, kuin kivun (Nilsson ym. 2005, 102). Sairaanhoitajan tulee osata tukea potilaan vitaalielintoimintoja tarvittaessa. Hemodynamiikan ja hengityksen turvaaminen ovat tärkeässä asemassa. Myös elvytystaitojen tulee heräämössä työskentelevällä sairaanhoitajalla olla hyvät. Sairaanhoitajalla on vastuu hoidon jatkuvuuden turvaamisesta ja asianmukaisesta raportoinnista.

Tuloksissamme potilasturvallisuus on laajasti esillä. Sairaanhoitajan tulee osata huolehtia potilaan fyysisestä turvallisuudesta. Tärkeää on tunnistaa riskit ja hallita niitä. Yksinkertaisimmillaan potilasturvallisuus liittyy siirtotilanteisiin ja potilasvuoteen jarrujen ja laitojen käyttöön. Sairaanhoitajan on tärkeää tunnistaa oman osaamisensa rajat ja osattava kysyä neuvoa tarvittaessa. Sairaanhoitajan on osattava käyttää heräämössä käytössä olevia laitteita turvallisesti. Järjestelmällisyys potilaspapereiden, hoitovälineiden sekä laitteiden kanssa on tärkeää. Jokaisen sairaanhoitajan tulee osaltaan huolehtia siitä, että välineet ovat paikoillaan, nopeasti saatavilla ja toimintakuntoisia. Lääkehoidon turvallinen toteuttaminen on tärkeä osa sairaanhoitajan ammatillista osaamista heräämössä. Sairaanhoitajalla tulee olla hyvät aseptiset taidot. Potilaan psyykkisestä turvallisuudesta huolehtiminen on myös tärkeää. Tämä vaatii sairaanhoitajalta kykyä tunnistaa potilaan tunteita ja tarpeita sekä luoda rauhallista ilmapiiriä. Uusien työntekijöiden hyvä perehdytys heräämöhoidotyöhön edistää potilasturvallisuutta, joten sairaanhoitajilla tulee olla hyvät perehdytystaidot. Kuten tuloksissamme, myös Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanastossa (2006, 5) jaetaan potilasturvallisuus hoidon, lääkkeiden ja laitteiden turvallisuuteen. Sairaanhoitajan tulee tunnistaa ja tietää tavallisimmat riskit ja komplikaatiot joita heräämöhoidoon liittyy (Lukkarinen ym. 2012. 4-5).

Tuloksistamme ilmenee, että heräämöhoidotyö on ammatillisesti vaativaa. Sairaanhoitajalla tulee olla riittävästi tietoa anestesiasta ja leikkauksista. On tärkeää ymmärtää, mitkä salissa tapahtuneet asiat ovat heräämöhoidon kannalta tärkeitä. Sairaanhoitajalla tulee olla laaja tietämys potilaan tarkkailusta. Lääkehoito on tärkeää hallita hyvin. Lääkehoidon prosessi tulee ymmärtää ja lääkelaskut tulee hallita. Lääkehoitoa on osattava



toteuttaa turvallisesti ja seurata sen vaikuttavuutta. Heräämössä työskentelevällä sairaanhoitajalla tulee olla laajat kliiniset taidot heräämössä suoritettavaa tarkkailua ja mahdollisia hoitotoimia sekä toimenpiteitä varten. Opetusministeriön työryhmämuistioissa ja selvityksissä (2006, 68) nostetaan sairaanhoitajalta edellytettäväksi osaamiseksi peruselintoimintojen tarkkailu ja ylläpito, veren siirto, lääkehoito, kivun hoito, aseptinen toiminta, nestehoito sekä monipuoliset kliiniset taidot.

Tuloksemme osoittavat, että sairaanhoitajalla tulee olla riittävät tiedot anatomiasta, fysiologiasta ja farmakologiasta. Elvytystaitojen tulee olla heräämössä työskentelevällä sairaanhoitajalla hyvin hallussa. Ongelmanratkaisutaidoista on etua ja ne korostuvat nopeasti muuttuvissa tilanteissa, koska heräämöhoidotyössä korostuu itsenäinen päätöksenteko ja nopea reagoiminen hätätilanteissa. Hyvästä stressinsietokyvystä on apua. Sairaanhoitajan on osattava arvioida potilaan hoidon tarpeita yksilöllisesti ja ennakkoivasti. Taito arvioida potilaan kokonaisvointia ja siirtokelpoisuutta vuodeosastolle kuuluu sairaanhoitajan osaamiseen heräämöhoidossa. Sairaanhoitajan tulee hallita asianmukainen kirjaaminen, sekä suullinen raportointi. Heräämössä on paljon käytössä erilaisia laitteita ja niiden käytön hallinta nostaa sairaanhoitajan osaamisen vaatimustasoja. Sairaanhoitajan tulee osata tukea potilasta henkisesti sekä luoda rauhallista ja turvallista ilmapiiriä. Sairaanhoitajalla tulee olla hyvät ohjaustaidot niin uusien työntekijöiden perehdytystä, kuin potilaanohjaustakin varten. Sairaanhoitajan on oltava kykenevä moniammatilliseen yhteistyöhön sekä työskentelemään tiimin jäsenenä. Hyvistä vuorovaikutustaidoista on etua. Tuloksemme ovat hyvin samanlaisia, kuin Tengvallin (2010, 11) tutkimuksessa. Hän kuvaa sairaanhoitajien ammatillisen pätevyyden osa-alueiksi yhteistyö- ja tiimitaidot, dokumentointi-, tietotekniikka- ja viestintätaidot, tarkkailun ja hoitotoimien hallinnan, sekä tilannehallinnan ja päätöksentekokyvyn.

Kokoneiden sairaanhoitajien haastattelemisen tuotti laajat tulokset heräämöhoidotyössä työskentelevän sairaanhoitajan osaamisen edellytyksistä. Vertaamalla tuloksiamme opinnäytetyömme tehtäviin, havaitsimme saaneemme vastauksia kaikkiin tehtäviin.

## **10.2 Eettiset kysymykset**

Eettiset kysymykset ovat tärkeitä opinnäytetyön tekemisessä. Opinnäytetyön tekijältä edellytetään rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta sekä tarkkuutta tulosten esittämisessä ja

tulosten arvioinnissa. Tiedonhankinta- ja arviointimenetelmien tulee olla tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä. Opinnäytetyön julkaisussa täytyy noudattaa avoimuutta. Muiden tutkijoiden työt ja saavutukset tulee ottaa huomioon ja niitä tulee kunnioittaa. Opinnäytetyö pitää suunnitella, toteuttaa ja raportoida yksityiskohtaisesti ja tieteellisten vaatimusten mukaan. (Hirsjärvi ym. 2010, 24.) Opinnäytetyössämme olemme pyrkineet toimimaan näiden eettisten arvojen mukaisesti. Olemme noudattaneet rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta opinnäytetyötä tehdessämme. Suunnitelman, toteutuksen ja raportoinnin olemme toteuttaneet koululta saamiemme raportointiohjeiden mukaisesti.

Eettisissä kysymyksissä epäonnistuminen voi viedä pohjan koko opinnäytetyöltä. Opinnäytetyössä ilmeneviä väärinkäytöksiä voivat olla tekaistut tulokset, tulosten väärentäminen tai toisten tulosten esittäminen ominaan. Eettiset kysymykset koskevat koko opinnäytetyöprosessia suunnittelusta julkaisemiseen saakka. (Kylmä & Juvakka 2007, 137.) Myös Tuomi & Sarajärvi (2002, 130) nostavat esille mahdollisia väärinkäytöksiä opinnäytetyön tekemisessä. Tällaisia ovat tutkimustulosten tai -menetelmien huolimaton ja harjaan johtava raportointi, puutteellinen tulosten kirjaaminen ja säilyttäminen sekä vilppi. Vastuu eettisten periaatteiden noudattamisesta on opinnäytetyön tekijöillä, mutta myös ohjaavalla opettajalla.

Jo opinnäytetyön aiheen valinta on eettinen kysymys. Aihetta pohdittaessa kuuluu selkiyttää kenen ehdoilla aihe on valittu ja miksi opinnäytetyötä ryhdytään tekemään. Tämä tulee esille viimeistään opinnäytetyön tarkoitusta, tehtäviä ja tavoitetta mietittäessä. Myös alamme arvolähtökohdat, ihmiskäsitys ja toiminnan tavoite ohjaavat tutkimuskohteen määräytymistä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 126-127.)

Opinnäytetyön kannalta eettisesti tärkeää on työhön osallistujien vapaaehtoinen suostuminen (Kylmä & Juvakka 2007, 138). Opinnäytetyössämme lähetimme työelämäyhteydellemme saatekirjeen, jossa kerroimme tarkasti opinnäytetyömme aiheesta ja pyysimme tulemaan haastateltavaksi opinnäytetyötämme varten. Kirjeessä painotettiin haastateltavien vapaaehtoisuutta, sekä osallistumisen perumisen mahdollisuutta opinnäytetyöprosessin missä vaiheessa tahansa. Opinnäytetyön haastatteluja varten anoimme luvan Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Tutkimusluvan saatuamme haastattelimme neljää heräämöhoitotyötä tekevää sairaanhoitajaa. Saatekirje ja lupalomake löytyvät opinnäytetyön liitteistä. (Liitteet 5 ja 6.)

Jokaiselta osallistujalta pyydettiin kirjallinen suostumus haastateltavaksi. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Aineistot säilytettiin salasanalla suojatulla kovalevyllä. Opinnäytetyön valmistuttua aineisto tuhottiin. Haastateltavien sairaanhoitajien anonymiteetin säilymisestä huolehdittiin niin, ettei opinnäytetyöstämme voi tunnistaa haastateltavien henkilöllisyyttä.

### 10.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen opinnäytetyön luotettavuutta parantaa tekijöiden selostus työn toteutuksesta. Aineiston tuottamisen olosuhteet tulee kertoa selvästi ja totuudenmukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2007, 232.) Haastattelimme opinnäytetyössämme sairaanhoitajia yksilöhaastatteluna. Haastattelu tapahtui rauhallisessa tilassa osastolla, jolla sairaanhoitajat työskentelevät. Haastatteluiden aikana tapahtui muutamia pieniä häiriötekijöitä. Yhdessä haastattelussa haastateltava vastasi puhelimeen kesken haastattelun. Toinen haastattelutilanne keskeytyi ulkopuolisen työntekijän käyntiin haastattelutilassa. Häiriötilanteet olivat lyhyitä ja niiden jälkeen haastattelut jatkuivat sujuvasti. Haastattelut olivat noin puolen tunnin mittaisia. Opinnäytetyömme luotettavuutta arvioidessa on huomioitava lisäksi kokemattomuutemme haastattelijoina sekä tutkielman tekijöinä.

Laadullisen opinnäytetyön luotettavuuden arvioinnista ei ole yksiselitteisiä ohjeita. Opinnäytetyön luotettavuutta voidaan arvioida useilla eri kriteereillä. Kriteerejä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että opinnäytetyössä tulokset vastaavat haastateltavien käsityksiä tutkimuskohteesta. Vahvistettavuus tarkoittaa sellaista raportointia, että opinnäytetyön kulkua voisi seurata pääpiirteissään. Refleksiivisyys edellyttää opinnäytetyön tekijöiden tietoisuutta omista lähtökohdistaan tutkielman tekijöinä. Siirrettävyys tarkoittaa sitä, että tulokset voidaan siirtää muihin vastaaviin tilanteisiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 128–129.)

Opinnäytetyössämme pyrimme toimimaan edellä mainittujen luotettavuustekijöiden mukaisesti. Uskottavuutta lisäsimme lähettämällä työmme työelämäyhteydelle arvioitavaksi ja samalla haastateltavilla oli mahdollisuus lukea työmme tuloksia ja kommentoida niitä. Vahvistettavuutta opinnäytetyössämme lisäsi ohjauksessa ja seminaareissa käyminen. Ohjaava opettaja sekä opponentit seurasivat prosessia alusta loppuun saakka ja kommentoivat työtämme monessa kohtaa. Refleksiivisyyttä arvioidessa päädyimme

siihen, että olemme tutkimuksen tekijöinä aloittelijoita. Tämä on ensimmäinen opinnäytetyömme. Kokemattomuus näkyy todennäköisesti eniten haastatteluissa. Olemme pyrkineet kuitenkin toimimaan kaikessa ohjeiden mukaisesti ja kysymään neuvoa opinnäytetyön ohjaajalta. Siirrettävyyttä opinnäytetyössämme vahvistavat tutkimukseen osallistujien, aineiston keruun ja analyysin tarkka selvitys sekä tulosten vertaaminen aiempaan teoriaan. Aiempi teoria on myös hyvin yhtenäistä saamiemme tulosten kanssa.

Opinnäytetyömme aihe nousi työelämän tarpeesta. Eräällä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosastolla oli tulossa rakennemuutoksia, jotka vaikuttaisivat heräämöhoitotyöhön. Yksi olennainen kysymys oli, voisivatko vuodeosaston sairaanhoitajat osallistua heräämöhoitotyöhön. Siksi leikkausosaston osastonhoitaja halusi kartoittaa sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen edellytyksiä heräämöhoitotyössä. Päätimme tutkia aihetta haastatteluiden kautta, koska sairaanhoitajat ovat itse työnsä asiantuntijoita, joten heiltä saa parhaan tiedon asiasta. Haastattelu menetelmänä antaa mahdollisuuden haastateltavalle kertoa omin sanoin aiheesta, josta ei ole paljoa tutkimustietoa.

Työn teoreettiset lähtökohdat on koottu ensisijaisista, tuoreista ja kansainvälisistä lähteistä lähdekritiikkiä käyttäen. Aineistonanalyysi on selitetty perusteellisesti metodiset lähtökohdat kappaleessa. Analyysin toteutuksessa käytimme apuna kirjallisuutta, sekä koulun opinnäytetyön opasta. Sisällönanalyysissä, tuloksissa ja johtopäätöksissä näkyy kahden opinnäytetyöntekijän tulkinta.

#### **10.4 Pohdinta ja kehittämishaasteet**

Tuloksissamme saimme laajasti vastauksia opinnäytetyön tehtäviin, kuten tulosten tarkastelusta ilmenee. Opinnäytetyön tarkoitus selvittää sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen edellytyksiä heräämöhoitotyössä toteutui hyvin tehtävien täyttymisen myötä. Tuloksissamme ilmenee hyvin heräämöhoitotyön ammatilliset haasteet ja osaamisen edellytykset, joiden perusteella lukijalla on mahdollisuus arvioida yksittäisen sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen suhdetta tuloksiimme.

Opinnäytetyömme voi olla hyödyksi työelämäyhteysosaston henkilökunnalle ja ennen kaikkea osastonhoitajalle arvioitaessa yksittäisen sairaanhoitajan edellytyksiä toimia heräämöhoitotyössä. Hyötyä työstämme voi olla myös heräämöhoidon laadun kehityk-

sessä, koska työmme tuloksissa on esillä laajasti hyvään heräämöhöitoon ja potilasturvallisuuteen liittyviä asioita. Työmme tuloksia voisi käyttää myös uuden työntekijän perehdytyksen suunnittelussa. Jatkotutkimushaasteena voisi olla vuodeosaston sairaanhoitajien haastattelemisen heidän ammatillisesta valmiudestaan tehdä heräämöhöitotyötä. Yksi vaihtoehto olisi tutkia sairaanhoitajien ammatillisen osaamisen toteutumista heräämöhöitotyössä.

Opinnäytetyössä saimme itse perehtyä perusteellisesti heräämöhöitotyöhön. Arvostuksemme heräämöhöitotyötä kohtaan nousi ja opimme ymmärtämään työn haastavuutta. Haastattelut sujuivat molemmilta kokemukseen nähden hyvin ja tuloksia nousi odottaamme laajemmin esille. Opinnäytetyöprosessi oli sujuva ja vastoinkäymisiltä vältyttiin. Pysyimme myös hyvin aikataulussa. Saimme kokemusta laadullisen tutkimuksen tekemisestä ja tutkimusprosessista.

## LÄHTEET

- Day, T. 2007. Respiratory assessment in the recovery unit: essential skills for the perioperative practitioner. *Journal of Advanced Perioperative Care*. 3 (2), 41-49.
- Hatfield, A. & Tronson, M. 2009. *The complete recovery room book*. 4. painos. New York: Oxford University.
- Heikkilä, A., Ahola, N., Kankkunen, P., Meretoja, M. & Suominen T. 2007. sairaanhoitajien ammatillinen pätevyys sisätautien, kirurgian ja psykiatrian toimintaympäristössä. *Hoitotiede* 19 (1), 3-11.
- Hildén, R. 2002. *Ammatillinen osaaminen hoitotyössä*. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Hildén, R. 1999. *Sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys ja ammatilliseen pätevyyteen vaikuttavat tekijät*. Tampereen yliopisto. Ammattikasvatuksen tutkimuskeskus. Akateeminen väitöskirja.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. *Tutkimushaastattelu*. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. *Tutki ja kirjoita*. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Knopf, C., Rotko, N. & Koivuranta, M. 2010. Postoperatiivinen pahoinvointi ja oksentelu – the big little problem. *Finnanest* 43 (5), 408-412.
- Koivuranta, M. 2006. Leikkauksen jälkeinen pahoinvointi. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Takkunen, O. (toim.) *Anestesiologia ja tehohoito*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3-12.
- Kyrölahti, E. 2005. Työterveyshuollossa työskentelevän terveydenhoitajan ammatillinen osaaminen. Itsesäätelyvalmiuksien kehittäminen ammattikorkeakoulussa. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Akateeminen väitöskirja.
- Leppäniemi, E. 2012. Heräämön tarkistuslista. Terveys- ja hyvinvoinninlaitoksen kansalliset potilasturvallisuuspäivät. Ammattikorkeakoulu Arcada. Helsinki: THL. Luettu 21.4.2012. [www.thl.fi/potilasturvallisuuspäivat2012](http://www.thl.fi/potilasturvallisuuspäivat2012)
- Leskinen, H. 2002. Hoitajana heräämössä. *Spirium* 37 (1), 27-28.
- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2007. *Perioperatiivinen hoitotyö*. Helsinki: WSOY.
- Lukkarinen, H., Virsiheimo, T., Hiivala, K., Savo, M. & Salomäki, T. 2012. *Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle*. Hoitotyön tutkimussäätiö, Hotus.

Meretoja, O. 2012. Onko jäännösrelaksaatiolla väliä? *Finnanest.* 45 (3), 226-229.

Meretoja, R., Leino-Kilpi, H. & Kaira, A-M. 2004. Comparison of nurse competence in different hospitals work environments. *Journal of nursing management.* 12 (5), 329-336.

Niemi-Murola, L., Pöyhiä, R., Onkinen, K., Rhen, B., Mäkelä, A., Yildirim, Y. & Niemi, T. 2005. Leikkauksen jälkeisen kivunhoidon laatu – hoitajien asenteet ja potilastyytyväisyys. *Finnanest* 38 (5), 473.

Nilsson, U., Unosson, M. & Kihlgren, M. 2005. Experience of postoperative recovery before discharge: patients' views. *Journal of Advanced Perioperative Care.* 2 (3), 97-106.

Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriö.

Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. 2006. Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO, Työpapereita 28/2006. Helsinki: Stakes.

Ruohotie, P. 2002. Oppiminen ja ammatillinen kasvu. Helsinki: WSOY.

Salmenperä, M. & Yli-Hankala, A. 2006. Potilaan valvonta anestesian aikana. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Takkunen, O. (toim.) *Anestesiologia ja tehohoito. 2. uudistettu painos.* Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Salomäki, T. & Rosenberg, P. 2006. Leikkauksen jälkeinen kivunhoito. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Takkunen, O. (toim.) *Anestesiologia ja tehohoito. 2. uudistettu painos.* Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Luettu 15.10.2012.

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf)

Tengvall, E. 2010. Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys. Kyselytutkimus leikkaus- ja anestesiahoitajille, anestesiologeille ja kirurgeille. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi

Vuori, H. 1995. Terveydenhuollon laadunvarmistus. Helsinki: Sairaanhoitajien koulussäätiö.

## LIITTEET

Liite 1. Aiheeseen liittyvä tutkimus

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Tengvall, E. 2010. Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys. Kyselytutkimus leikkaus- ja anestesiahoitajille, anesthesiologeille ja kirurgeille. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.</p>	<p>Tarkoituksena selvittää leikkaus- ja anestesiahoitajalta edellytettyä ammatillista pätevyyttä ja vaaditun ammatillisen pätevyyden toteutumista</p> <p>Tutkimuskysymykset:</p> <p>1. Millaista ammatillista pätevyyttä edellytetään leikkaushoitajalta ja anestesiahoitajalta intraoperatiivisessa hoitotyössä ja miten se toteutuu.</p> <p>3. Mitä tehtäviä vastaajat esittävät siirrettäviksi lääkäreiltä leikkaus- ja anestesiahoitajille ja mitä nämä tehtäväsiirrot edellyttävät?</p> <p>4. Millainen on leikkaus- ja anestesiahoitajan ammattipätevyysmalli?</p> <p>Tavoitteena on luoda tämän tutkimuksen tulosten perusteella leikkaus- ja anestesiahoitajan ammattipätevyysmalli intraoperatiivisessa hoitotyössä</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimusmetodologia ja tutkimus on survey-tutkimus. Aineiston hankintamenetelmä on kyselylomake, johon vastasivat leikkaus- ja anestesiahoitajat, anesthesiologit ja kirurgit, jotka työskentelivät viidessä yliopistollisessa sairaalassa viiden erikoisalan (sydän- ja verisuonikirurgia, neurokirurgia, ortopedia ja traumatologia, gastroenterologia ja plastiikkakirurgia) leikkausyksiköissä N=718.</p> <p>Aineisto analysoitiin tilastollisesti SPSS 14.0 for Windows -ohjelmalla.</p>	<p>-Leikkaus- ja anestesiahoitajien ammatillinen pätevyys on vaatimustasoltaan erittäin korkea.</p> <p>-Leikkaushoitajalta edellytetyssä ammatillisessa pätevyydessä korostuu aseptinen, turvallisuus-, kommunikointi-, dokumentointi- ja tekninen toiminta.</p> <p>-Perioperatiivisen sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys toteutuu erittäin hyvin aseptiikan, dokumentoinnin, turvallisuuden ja teknisen toiminnan osalta, mutta anestesia- ja lääkehoito, erityisesti hätätilanteisiin liittyvät hoitotyön toiminnot ja yhteistyö toteutuvat huonosti.</p>



## Liite 2. Aiheeseen liittyvä tutkimus

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Kyrönlahti, E. 2005. Työterveyshuollossa työskentelevän terveydenhoitajan ammatillinen osaaminen. Itsesäätelyvalmiuksien kehittämisen ammattikorkeakoulussa. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Akateeminen väitöskirja.	<p>Rakentaa malli työterveyshuollossa tarvittavan ammatillisen osaamisen kehittämiseksi terveydenhoitajan ammatikorkeakoulutuksessa.</p> <p>Tehtävät:  1. Millaisia oppisältyjä on kirjattu terveydenhoitajien opetussuunnitelmiin?  2. Millaista ammatillisista osaamista työterveyshuollossa työskentelevä terveydenhoitaja tarvitsee asiantuntijoiden ja siellä työskentelevän terveydenhoitajan mielestä  3. Miten terveydenhoitajien koulutuksessa voidaan kehittää työterveyshuollossa tarvittavaa ammatillista osaamista.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä</p> <p>Aineistona terveydenhoitotyön opintojaksojen kuvauksia ja työterveyshuollon erikoistumisopinnot</p> <p>opetussuunnitelmia. Haastatteluaineisto kerätty työterveyshuollon asiantuntijoilta, ja terveydenhoitajilta.</p> <p>Aineistonanalyysissä ensin induktiivisesti etsitty merkitykselliset ilmaisut ja kvantifioitu ne. Alaluokat ja pääluokat muodostettu deduktiivisesti. Tuloksien reflektointi ammatillisen kasvun ja transformaation oppimussykliin viitekehystä. Abduktion kautta jäsennetty koulutuksen malli</p>	<p>Malli työterveyshuollossa tarvittavan ammatillisen osaamisen kehittämiseksi terveydenhoitajan ammattikorkeakoulutukseen.</p>

## Liite 3. Aiheeseen liittyvä tutkimus

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Hildén, R. 1999. Sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys ja ammatilliseen pätevyyteen vaikuttavat tekijät. Tampereen yliopisto, ammattikasvatuksen tutkimuskeskus. Akateeminen väitöskirja.	<p>Selvittää työyhteisöjen odotuksia sairaanhoitajan ammatillisesta pätevyydestä, sairaanhoitajan ammatillisen pätevyyden nykytilaa ja sairaanhoitajan ammatillisen pätevyyden kehittämisen tarvetta.</p> <p>Tutkimusongelmat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys?</li> <li>2. Sairaanhoitajan ammatillisen pätevyyden muuttuminen?</li> <li>3. Ammatillisen pätevyyden ylläpitäminen ja kehittäminen?</li> <li>4. Minkälaiset valmiudet sairaanhoitaja saa peruskoulutuksensa aikana jatkuvaan itsensä kehittämiseen?</li> <li>5. Miten työyhteisö tukee sairaanhoitajaa ammatillisessa kasvussa?</li> <li>6. Mikä vaikutus sairaanhoitajan omalla elämäntilanteella on ammatillisessa kasvussa</li> </ol>	<p>Kvantitatiivinen tutkimusmetodologia ja tutkimus on survey-tutkimus.</p> <p>Aineiston hankintamenetelmä oli kysely ja teemahaastattelu. Aineisto kerättiin yhden sairaanhoitopiirin (N=368) ja yhden kuntayhtymän (N=61) sairaanhoitajilta sekä 14 osastonhoitajaa.</p> <p>Aineisto analysoitiin SPSS for Windows-ohjelmalla.</p>	<p>Työyhteisöt edellyttävät sairaanhoitajilta mm.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Kykyä käyttää monipuolisesti hoitotyön auttamismenetelmiä.</li> <li>-Hyviä muutoksenhallinta-, päätöksenteko-, suunnittelu-, kehittämis- ja arviointitaitoja sekä kykyä itsenäiseen työskentelyyn. - Vahvaa oman erikoisalan tiedonhallintaa ja tiedon soveltamistaitoja.</li> </ul> <p>Keskeisissä tuloksissa ilmeni myös, että vaikka sairaanhoitajat arvostavat omaa ammattiaan ja työtänsä ja heidän auttamistaidot, päätöksentekotaidot sekä auttamistaidot ovat hyvät, ne eivät kuitenkaan vastaa työyhteisöjen odotuksia.</p>

Liite 4. Haastattelun teemat.

HAASTATTELUN TEEMAT

1. Minkälaista on mielestäsi hyvä heräämöhoitotyö?
2. Minkälaisia ammatillisia vaatimuksia heräämöhoitotyö asettaa sairaanhoitajalle?
3. Mitkä ovat heräämöhoitotyön tavoitteet?
4. Mitä ovat heräämöhoitotyön erityispiirteet?
5. Mitä ovat heräämöhoitotyön haasteet?
6. Minkälaisista henkilökohtaisista ominaisuuksista on apua heräämöhoitotyössä?
7. Minkälaisilla resursseilla heräämöhoitotyötä tehdään?
8. Millaisia asioita uuden työntekijän perehdytyksessä on syytä ottaa huomioon, kuinka kauan perehdytys kestää?
9. Mitä ovat potilasturvallisuustekijät heräämöhoidossa tällä osastolla?

Liite 5. Saatekirje haastateltaville.



## TIEDOTE

16.05.2012

### Hyvä sairaanhoitaja!

Pyydämme teitä osallistumaan opinnäytetyöhömmе, jonka tarkoituksena on selvittää, minkälaista osaamista sairaanhoitajilta edellytetään heräämöhoitotyössä.

Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyömme aineisto kerätään haastattelemalla yksilohaastatteluna neljää sairaanhoitajaa. Osallistujat valitsee osastonne osastonhoitaja. Haastattelut toteutetaan osastollanne erikseen sovittavina ajankohtina. Haastattelut nauhoitetaan ja litteroidaan. Haastatteluun olisi hyvä varata aikaa yksi tunti.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalla suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus -tietokannassa, ellei Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa ole muuta sovittu.

Mikäli teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstämme, vastaamme mielellämme.

Juho Perkiö  
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)  
Tampereen ammattikorkeakoulu  
juho.perkio@piramk.fi

Jukka Talus  
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)  
Tampereen ammattikorkeakoulu  
jukka.talus@piramk.fi

Liite 6. Lupalomake haastattelua varten.



## SUOSTUMUS

### Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen heräämöhoidotyössä

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on selvittää, minkälaista osaamista sairaanhoitajilta edellytetään heräämöhoidotyössä. Olen saanut myös mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijöille kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

\_\_\_\_\_

Suostun osallistumaan  
opinnäytetyöhön:

Suostumuksen  
vastaanottaja:

\_\_\_\_\_

Haastateltavan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

\_\_\_\_\_

Nimen selvennys

\_\_\_\_\_

Nimen selvennys