



HYVÄ HOITO HERÄÄMÖSSÄ

Päiväkirurgisen potilaan tarkkailu ja toipuminen

Eero Lyytinen

Verna Taimio

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2013
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

LYYTINEN EERO & TAIMIO VERNA:

Hyvä hoito heräämössä
Päiväkirurgisen potilaan tarkkailu ja toipuminen

Opinnäytetyö 48 sivua, josta liitteitä 7 sivua
Maaliskuu 2013

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää millaista on hyvä heräämöhoido sairaanhoitajien kokemana ja mitä kuuluu päiväkirurgisen potilaan tarkkailuun heräämössä. Työn keskeisiksi käsitteiksi valikoituivat heräämö, päiväkirurginen potilas ja hyvä hoito.

Opinnäytetyössämme haastattelimme neljää päiväkirurgisessa heräämössä työskentelevää sairaanhoitajaa. Haastattelu sisälsi kysymyksiä heräämöhoidajan tehtävistä, potilaan hoidosta ja hoitajan ominaisuuksista. Haastattelu suoritettiin strukturoidun teemahaastattelun mukaisesti ja analysoitiin kvalitatiivisen sisällönanalyysin avulla.

Haastateltavat olivat vastauksissaan hyvin yksimielisiä. Sairaanhoitajien mukaan potilaan hoidon päämääränä oli potilaan hyvävointisuus ja kotiutumiskelpoisuus sekä ymmärretyt kotihoito-ohjeet. Heräämöhoidon tehtävänä oli potilaan elintoimintojen valvonta ja ihmisen yksilöllinen kohtaaminen ja huomiointi. Tulosten mukaan työ vaatii sairaanhoitajalta hyvää ammattitaitoista otetta työhön. Heräämötöyön haasteiksi sairaanhoitajat kokivat mm. yksin työskentelyn ja tilan puutteen.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa heräämöhoidosta ja hyvän hoidon kriteereistä sekä antaa osastolle mahdollisuuden kehittää toimintamalleja heräämötöyössä.

Asiasanat: lyhytkirurgia, tarkkailu, toipuminen

ABSTRACT

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

LYYTINEN EERO & TAIMIO VERNA:
Good Nursing in Recovery Room
Monitoring and Recovery of Day Care Surgery Patient

Bachelor's thesis 48 pages, appendices 7 pages
March 2013

The purpose of this study was to find out about nurses' opinions and experiences of good nursing in recovery room, and to clarify what patients' recovery room monitoring in day care surgery consists of.

In this study four nurses who all worked in day care surgery recovery room were interviewed. The interview included questions about nurses' duties, patient care and nurses' characteristics. The survey was based on structured theme interview and analysed using qualitative content analysis.

The interviewees' answers were all quite similar. According to the nurses, the main point of patient recovery was to get the patient home feeling well and painless. The patient also needs to understand the care instructions before leaving. The role of the recovery room nurse was to monitor the patient's vital functions and treat the patient individually. According to the results, recovery room nursing requires expertise and determination. Working alone and lack of space were found as challenges by the nurses.

The aim was to produce information about nursing in recovery room and the criteria of good nursing. The study also gave the ward a chance to develop their operation models in the recovery room.

Key words: recovery room, postoperative care, minor surgical procedures

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
4	HYVÄ HOITO	9
4.1	Vuorovaikutus hoitajan ja potilaan välillä	10
4.2	Potilasturvallisuus.....	10
4.3	Lainsäädäntö	11
5	PÄIVÄKIRURGINEN POTILAS	12
5.1	Esikäynti	12
5.2	Päiväkirurgisen potilaan kotiuttamiskriteerit.....	13
6	HERÄÄMÖ.....	15
6.1	Potilaan siirtäminen leikkaussalista heräämööön	15
6.2	Potilaan tarkkailu heräämössä	16
6.2.1	Hengitys	17
6.2.2	Verenkierto.....	18
6.2.3	Tajunnan taso	19
6.2.4	Kipu.....	20
6.2.5	Lämpötasapaino	23
6.2.6	Nestetasapaino.....	25
6.2.7	Pahoinvointi	25
6.2.8	Leikkausalue	26
6.2.9	Kirjaaminen.....	27
7	KVALITATIIVINEN TUTKIMUSMENETELMÄ	28
7.1	Aineiston keruu.....	28
7.2	Aineiston analyysi.....	29
8	TUTKIMUSTULOKSET.....	30
8.1	Päiväkirurgisen potilaan toipuminen heräämössä.....	30
8.2	Päiväkirurgisen potilaan tarkkailu heräämössä.....	31
8.3	Hoitajien näkemykset heräämötöskentelystä.....	32
9	POHDINTA.....	34
9.1	Tutkimuksen luotettavuus.....	34
9.2	Tutkimuseettiset kysymykset.....	35
9.3	Tulosten tarkastelu	36
9.4	Kehittämissuhteet.....	37
	LÄHTEET.....	38

LIITTEET Liite 1. Aiheeseen liittyvät tutkimukset	42
Liite 2. Teemahaastattelun kysymykset	46
Liite 3. Infokirje	47
Liite 4. Suostumuslomake	48

1 JOHDANTO

”Hoida potilasta, älä monitoreita” – sääntö kertoo mielestämme heräämöhoidotyöstä olennaisesti (Hatfield & Tronson 2009, xiii.) Potilaan toipuminen alkaa heräämöstä ja se edellyttää heräämössä tapahtuvaa systemaattista tarkkailua, potilaan hoitoa sekä siihen liittyvää vuorovaikutusta sairaanhoitajan ja potilaan välillä. Heräämöhoido luo pohjan siirtymiselle jatkohoitoon. Heräämössä sairaanhoitajan tehtävänä on valvoa potilaan fyysistä ja psyykkistä vointia ja samalla huolehtia potilaan oikeuksista. (Hatfield & Tronson 2009, 1, 579-580.)

Hyvä hoito pitää sisällään potilaan tärkeinä pitämiä asioita ja näin ollen edellyttää sairaanhoitajalta hyviä vuorovaikutustaitoja ja ihmistuntemusta, ammattitaitoa sekä kliinistä osaamista. (Leino-Kilpi, Walta, Helenius, Vuorenheimo & Välimäki 1994, 108-109). Leikkaustilanteessa potilas luonnollisesti antaa itsensä hoitohenkilökunnan käsiin ja samalla hänen itsemääräämisoikeutensa vähenee ja sen valvominen siirtyy muille (Hankela 1999, 65).

Tulevina perioperatiivisina sairaanhoitajina heräämöhoidotyö tulee olemaan oleellinen osa työnkuvaamme. Opinnäytetyön tekemisen kautta saimme hyvän mahdollisuuden perehtyä heräämöhoidoon ja sen haasteisiin. Työelämäyhteys löytyi erään terveyskeskuksen leikkausosastolta. Työelämäyhteyden toivomusten mukaan ja aiheen luonteesta johtuen päädyimme haastattelemaan sairaanhoitajia potilaiden sijaan, sillä tarvitsimme tietoa ja kokemuksia heräämöhoidotyöstä.

Tässä työssä tutkitaan sairaanhoitajien kokemuksia hyvästä heräämöhoidosta. Samalla voimme tuottaa tuoretta tietoa heräämöhoidosta kiinnostuneille. Opinnäytetyö antaa myös osastolle mahdollisuuden kehittää toimintaansa tutkimuksen tuloksia apuna käyttäen.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millaista on hyvä heräämöhöhoito erään terveyskeskuksen leikkausosaston sairaanhoitajien kokemana.

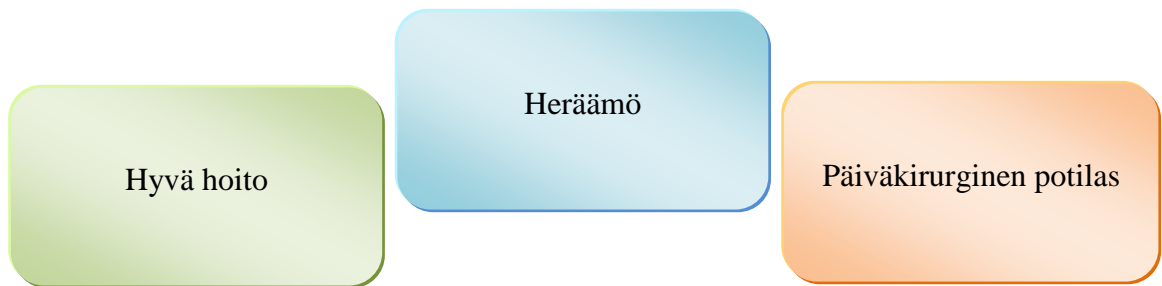
Opinnäytetyön tehtävänä on vastata seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten hyvä heräämöhöhoito edistää päiväkirurgisen potilaan toipumista?
2. Mitä asioita kuuluu päiväkirurgisen potilaan tarkkailuun heräämössä?
3. Millaisia ominaisuuksia hyvältä heräämöhöhoitajalta vaaditaan?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa heräämöhoidosta ja hyvän hoidon kriteereistä sairaanhoitajien kokemana. Tutkimuksen tulokset myös antavat osastolle mahdollisuuden kehittää toimintaa heräämössä.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön sisällölliseksi lähtökohdaksi ja keskeisiksi käsitteiksi muodostimme työelämäyhteyden eli erään terveyskeskuksen leikkausosaston toiminnan ja opinnäytetyön tehtävien sekä aiheen pohjalta: heräämö, hyvä hoito ja päiväkirurginen potilas. (KUVIO 1)



KUVIO 1. Opinnäytetyön viitekehys

Tässä työssä tarkastellaan päiväkirurgista heräämöhöityötä yleisesti, eli tutkimuksessa ei keskitytä erityisesti mihinkään yksittäiseen potilasryhmään tai tiettyyn leikkaukseen. Työssämme käytetään termejä sairaanhoitaja tai heräämöhöityä kuvaamaan heräämössä työskentelevää sairaanhoitajaa.

4 HYVÄ HOITO

Hyvän hoidon käsitteellä kuvataan laadukasta hoitoa. Potilaalle hyvä hoito on subjektiivinen käsite, eli se perustuu potilaan omiin kokemuksiin. Hoitohenkilökunnalle hyvä hoito merkitsee subjektiivisuuden lisäksi näyttöön perustuvaa hoitotyötä. (Niemi-Murola & Mäntyranta 2011, 21.) Hyvä hoito on inhimillistä toimintaa sairaanhoitajan ja potilaan välillä, edellyttäen sairaanhoitajalta hyvää ammattimaista tietoperustaa ja kokemusta ihmisistä. Näin ollen hyvä hoito –käsite sisältää tehtävä- ja ihmiskeskeisiä arvoja ja toimintoja. Tehtäväkeskeisyyttä ilmentäviä asioita ovat esimerkiksi potilaan ohjaus, fyysisten toimintojen tukeminen, omatoimisuuden tukeminen ja hoidon jatkuvuuden turvaaminen. Ihmiskeskeisyyteen liittyy mm. potilaan kohtaaminen kunnioittavasti, asianajajuus, rohkaisu ja huolenpito. (Teerijoki 2008, 11.)

Professori Helena Leino-Kilpi on 90-luvun vaihteessa tutkinut hoitohenkilökunnan käsityksiä hyvästä hoidosta (Leino-Kilpi 1990). Sen jälkeen aihetta on tutkittu lähinnä potilaiden näkökulmasta HYVÄ HOITO –mittaria apuna käyttäen (Leino-Kilpi 1992; Teerijoki 2008), jonka kehittäminen aloitettiin vuonna 1990. (Leino-Kilpi 1994, 94.) HYVÄ HOITO –mittari muodostuu kaksiosaisesta samansisältöisestä kyselylomakkeesta, joista ensimmäiseen potilaat vastasivat saapuessaan sairaalaan ja toiseen lomakkeeseen sairaalasta lähtiessään. Mittari mittasi potilaiden mielipiteitä hoidon ja hoitoympäristön laadusta. (Leino-Kilpi 1994, 98-99.) Kaikki tässä työssä käytetyt tutkimukset on koottu tutkimustaulukkoon (LIITE 1).

Leino-Kilven vuonna 1990 tekemässä tutkimuksessa sairaanhoitajien näkemys oli, että hyvä hoitaminen on inhimillistä toimintaa liittyen hoitajan ominaisuuksiin, toimintatapoihin ja hoidon tavoitteisiin. Hyvä hoito kiteytyy näiden kaikkien tekijöiden summaksi. (Leino-Kilpi 1990, 120.)

Tutkittaessa potilaiden mielipiteitä hyvästä hoidosta, vastaukset liittyivät hoitohenkilökunnan ominaisuuksiin, joista esimerkkinä huolellisuus ja ihmissuuntautuneisuus, hoidon edellytyksiin, kuten hoitohenkilökunnan tiedot ja taidot, hoitoympäristöön, josta esimerkkeinä turvallisuus ja tilaratkaisut sekä potilaan omiin selviytymisstrategioihin,

eli potilaan omaan tahtoon parantua ja saatuun tietoon hoitoon liittyvistä asioista (Leino-Kilpi 1994, 109-123).

Tässä työssä päädyimme tarkastelemaan hyvää hoitoa heräämössä sairaanhoitajan näkökulmasta. Sisällytimme aiheeseen lisäksi seuraavissa luvuissa avatut käsitteet: vuorovaikutus, potilasturvallisuus ja lainsäädäntö. Nämä käsitteet nivoutuvat mielestämme hyvin aiheeseen, sillä vuorovaikutus on oleellinen osa hoitotyötä ja potilasturvallisuutta ohjataan lainsäädännöllä.

4.1 Vuorovaikutus hoitajan ja potilaan välillä

Vuorovaikutus sairaanhoitajan ja potilaan välillä alkaa jo esikäynti- tai ohjausvaiheessa ennen leikkausta. Toimenpide voi tuntua potilaasta ahdistavalta ja sairaanhoitajan tehtävä on omaa ammattitaitoaan käyttäen ja potilaan yksilöllisyys huomioon ottaen luoda luottamussuhde potilaaseen ja näin tehdä tilanteesta mahdollisimman miellyttävä. Hyvän perioperatiivisen tieto- ja taitopohjan omaavan sairaanhoitajan on helpompi luoda vuorovaikutussuhde potilaaseen, kun sairaanhoitajalla on kykyä ilmaista tietonsa ja ymmärryksensä potilaan hoitoon liittyvistä asioista. (Korte ym. 2000, 56-57; Lukkari ym. 2010, 32.)

Paitsi potilaan fyysisen voinnin tarkkailun ja monitoroinnin lisäksi, myös turvallisuuden tunteen lisäämisestä ja rauhoittelusta täytyy huolehtia heräämössä. Hellä ja rauhallinen sairaanhoitaja rauhoittaa potilasta mahdollisesti ahdistavan leikkauskokemuksen jälkeen. (Hamlin, Richardson-Tench & Davies 2009, 221).

4.2 Potilasturvallisuus

“*Primum non nocere*” (eng. Above all, do no harm). Hoitotyössä tämä tarkoittaa, että hoito ei saisi aiheuttaa potilaalle haittaa. (Smith 2005.) Heräämössä potilasturvallisuudesta huolehditaan varautumalla yllättäviin tilanteisiin. Hoitotarvikkeiden ja välineistön kunto ja saatavuus tarkistetaan päivittäin ja koko

henkilökunta tietää ja taitaa toimintatavat potilaan tilan muuttuessa yllättäen. (Hatfield & Tronson 2011, 353-354.)

Potilasturvallisuus käsittää periaatteet ja toiminnot, jotka takaavat potilaalle turvallisen ja oikean hoidon. Tämä sisältää hoidon-, lääkehoidon- ja laiteturvallisuuden. (STM 2009.)

Hoidon turvallisuus tarkoittaa hoitomenetelmien ja niiden toteuttamisen turvallisuutta, lääkehoidon turvallisuus liittyy lääkkeiden haittavaikutuksiin tai lääkehoidon poikkeamiin ja laiteturvallisuus laitteiden käyttöön, joka saattaa vaarantaa potilaan turvallisuuden. Jokainen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö on osaltaan vastuussa hoidon laadusta, sillä potilasturvallisuus on osa sitä. Potilaalla on laillinen oikeus turvalliseen hoitoon. (Helovu, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 13, 15, 38.)

4.3 Lainsäädäntö

Potilasturvallisuutta ohjataan lainsäädännöllä. Se edellyttää, että terveydenhuollon toiminta on ammatillista ja tieteellisesti asianmukaista. Toiminnan tulee perustua näyttöön ja hyviin hoitomenetelmiin. Hoidon tulee olla laadukasta ja turvallista. (Helovu ym. 2011, 38.) Näitä kriteerejä ohjaavat mm. seuraavat lait: Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrää potilaalle oikeuden saada hyvää hoitoa ja kohtelua, tietoa omasta hoidostaan ja oikeuden osallistua hoitoon liittyvään päätöksentekoon. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) varmistaa, että hoitohenkilökunnalla on ammatin edellyttämä koulutus ja pätevyys. Potilasvahinkolaki (585/1986) liittyy terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä aiheutuneisiin henkilövahinkoihin ja niiden korvaamiseen. Lääkelaki (395/1987) määrittelee lääkkeiden ja niiden käytön turvallisuutta. Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010) edistää terveydenhuollossa käytettävien laitteiden ja tarvikkeiden turvallista käyttöä hoitotyössä. Lakien toimeenpanoa ja yhdenmukaista toteutumista valvoo Valvira eli sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto (Valvira 2012).

5 PÄIVÄKIRURGINEN POTILAS

Päiväkirurginen toiminta tarkoittaa sitä, että potilas tulee leikkaukseen kotoaan ja lähtee vielä samana päivänä sairaalasta. Toimenpide on aina suunniteltu, eikä potilas normaalisti viivy sairaalassa yli kahtatoista tuntia pidempään (Lahtinen, Alanko, Korttila, Kotilainen, Laatikainen, Nenonen, Permi, Punnonen, Rihkanen, Tenhunen & Toivonen 1998. 17; Valanne 2004, 455). Leikkauksen jälkeisten komplikaatioiden riskit ja niiden hoitomahdollisuudet on arvioitu potilaskohtaisesti, eikä verensiirtoja, vaativaa nestehoittoa tai -kivunhoitoa vaativia toimenpiteitä voida tehdä päiväkirurgisesti (Mattila 2011, 8). Päiväkirurgiseen toimenpiteeseen valitaan optimaalinen anestesiaamuoto, joka tarkoittaa nopeavaikutteisia anestesia aineita, joilla on myös vähäiset jälkivaikutukset. Tämä mahdollistaa potilaan nopean toipumisen. (Mattila 2011, 8; Tampereen kaupunki 2012.)

Päiväkirurgialle tyypillisiä leikkauksia ovat mm. polven ja olkapään tähytysleikkaus, nivustyrä, laparoskooppinen sappileikkaus, suonikohjuleikkaukset, useat korva-, nenä- ja kurkkutautien leikkaukset sekä kaihileikkaukset. Päiväkirurgia sopii perusterveille, mutta myös potilaille, joiden perussairaudet ovat hyvässä hoitotasapainossa. (Mattila 2011, 8.) Päiväkirurgialle soveltumattomia leikkauksia ovat mm. vatsaonteloon kohdistuvat avoleikkaukset ja kallon sisäiset toimenpiteet (Kangas-Saarela 2005, 458).

Päiväkirurgiaa pidetään kustannustehokkaana toimintamuotona ja tutkimuksessa on todettu, että päiväkirurgiset potilaat olivat pääsääntöisesti hyvin tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Päiväkirurgiaa pidetään Suomessa korkealaatuisena ja turvallisenä hoitomuotona. (Mattila 2010. 35, 37.)

5.1 Esikäynti

Esikäynti on ennen leikkausta tapahtuva tapaaminen, jossa sairaanhoitaja ja potilas käyvät läpi potilaan terveydentilaa leikkaukseen liittyen. Sairanhoitaja antaa suulliset ja kirjalliset ohjeet siitä, kuinka leikkaukseen tulee valmistautua. Samalla käynnillä

täytetään esitiedot anestesiakaavakkeeseen. Esikäynnillä potilaalla on mahdollisuus myös tavata leikkaava kirurgi sekä anestesia lääkäri. (Vaasan keskussairaala 2011)

Esikäynnin tavoitteena on ohjata potilasta preoperatiivisesti. Ohjaus helpottaa hoidon suunnittelua yhdessä potilaan kanssa, lievittää potilaan ahdistusta ja on hyvä keino tutustuttaa potilas tulevaan toimenpiteeseen sekä nopeuttaa potilaan toipumista toimenpiteestä. Usein potilaat haluavatkin suurimman osan ohjauksesta ennen toimenpidettä, sillä he haluavat suunnitella myös leikkauksen jälkeistä aikaa jo etukäteen. (Heino 2007, 5.) Päiväkirurgiseen toimenpiteeseen tulevan potilaan tulee kyetä ymmärtämään annetut ohjeet ja noudattamaan niitä (Kangas-Saarela 2005, 458).

5.2 Päiväkirurgisen potilaan kotiuttamiskriteerit

Päiväkirurgisessa toiminnassa leikkauksen jälkeinen valvonta on jaettu usein kahteen vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa potilas on välittömässä tarkkailussa, kunnes elintoiminnot ovat vakaat ja potilas ei enää tarvitse välitöntä postoperatiivista valvontaa. Toisessa vaiheessa potilas voi jo toipua leikkauksesta omatoimisesti ja oleskella valvontayksikössä vapaammin. Mikäli kotiutuskriteerit täyttyvät, pääsee potilas toisen vaiheen valvontayksiköstä suoraan kotiin. (Lukkari ym. 2010, 362.)

Heräämössä tulee kiinnittää suurta huomiota leikkauksen jälkeiseen kipuun. Kotiutueksaan potilaan kivun ja pahoinvoinnin tulee olla hallinnassa ja kivun oltava hoidettavissa suun kautta otettavalla lääkityksellä. Potilaan tulee olla orientoitunut aikaa ja paikkaan, leikkaushaavan tulee olla siisti eikä se saa erittää. Potilaan tulee kyetä liikkumaan itsenäisesti, nauttimaan nesteitä suun kautta ja virtsaamaan spontaanisti sekä istumaan autossa kotimatkan ajan. Potilas saa kirjalliset ja suulliset ohjeet kotona oloon leikkauksen jälkeen. Ohjeissa muistutetaan myös autolla-ajokiellosta 24h leikkauksen jälkeen. On myös suositeltavaa, että lähin hoitopaikka olisi enintään tunnin matkan päässä potilaan kotoa. (Korte 2000, 76; Korttila 2005, 460; Mattila 2011, 8; Tampereen kaupunki.)

Kotiuduttua päiväkirurgisella potilaalla tulee olla kotona vastuullinen henkilö huolehtimassa potilaan ensimmäisen vuorokauden hoidosta. Tavallisimmin tämä henkilö on perheenjäsen. On tutkittu, että etenkin aikuispotilailla omainen on harvoin mukana pos-

tooperatiivisessa ohjauksessa, vaikka perheenjäsenet kaipaisivatkin enemmän tietoa ja ohjausta mm. kivunhoidosta kotihoitoa ajatellen. (Sinivuo & Paavilainen 2011, 38-39)

6 HERÄÄMÖ

Heräämöllä eli leikkauksenjälkeisellä valvontayksiköllä tarkoitetaan ympäristöä, jossa anestesiasta toipuvaa potilasta tarkkaillaan ja valvotaan ennen siirtymistä vuodeosastolle tai kotiin. Heräämön tulisi sijaita lähellä leikkaussaleja, sieltä tulee olla hyvät yhteydet muualle, mutta kuitenkin niin, että turhaa läpikulkua ei ole ja näin turvataan potilaille rauhallinen tila toipumiselle. Heräämön tulee olla tilava ja mahdollistaa erilaiset hoitolliset toimenpiteet. Sairaanhoidajalla tulisi olla työskentelytila, josta on kuitenkin hyvä näköyhteys potilaisiin. (Hatfield & Tronson 2011, 537-539; Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 360-361.) Tässä työssä heräämöhöitoä tarkastellaan päiväkirurgisen leikkaustoiminnan näkökulmasta.

6.1 Potilaan siirtäminen leikkaussalista heräämöhön

Ennen kuin potilas saapuu heräämöhön on tälle valmisteltava paikka heräämössä. Jokaisella potilaspaikalla tulee olla, tarkkailumonitori, josta pystytään seuraamaan ainakin pulssia, verenpainetta, sydänpainetta, hapetusta ja hengitysfrekvenssiä. Potilaspaikalla on oltava myös lisähappi ja imulaite käyttövalmiina. (Hatfield & Tronson 2011, 41-42.)

Kun potilas tulee heräämöhön, ensimmäisenä hänet liitetään tarkkailulaitteisiin ja annetaan potilaalle lisähappea happimaskilla, varmistetaan hengitys ja seurataan pulssia ja verenpainetta. Vasta kun ollaan varmoja potilaan vakaasta tilasta, on aika ottaa vastaan raportti salissa olleelta anestesiahoitajalta ja mahdollisesti anestesiologilta. (Hatfield & Tronson 2011, 4.) Raportti perustuu potilasanalyysiin, leikkaukseen ja käytettyyn anestesiamenetelmään, potilaan anestesiakertomukseen sekä muihin potilaan hoitoon oleellisesti liittyviin asiapapereihin. (KUVIO 2) Raportointi voidaan päättää ja vastuu siirtyy valvontayksikön sairaanhoitajalle, kun potilaan kunto on vastaanottotilanteeseen osallistuneiden mielestä todettu hyväksi. (Korte ym. 2000, 444; Lukkari ym. 2010, 370.)

- Potilaan taustatiedot

Nimi, sairaudet, terveydentila, allergiat, lääkitys, riskiryhmä, nykyinen terveysongelma, esilääkitys, leikkauspäivän lääkehoito, diagnoosi ja toimenpide

- Anestesiatiiedot

Menetelmä, induktio, mahd. verityhjiön käyttö, anestesian ylläpito, lääkehoito ja siihen reagointi, erityishuomiot, ongelmakohdat, anestesian päättäminen ja potilaan herääminen, anestesian aikainen nestehoito, korvausnesteet ja verivalmisteet, leikkausvuoto, diureesi, nenä-mahaletku

- Leikkaustiedot

Proteesit ja implantit, kestohuuhtelut, leikkausalue ja sen suojaus, haavanhoito-ohjeet, dreenit, katetrit, asentohoito

- Jatkohoitoa koskevat tiedot

Kivun ja pahoinvoinnin hoitomääräykset, nestehoito, mahdolliset lääke- ja antibioottilisäykset, laboratorio- ja röntgentutkimukset sekä kirurgin antamat määräykset ja erityisohjeet esimerkiksi liikerajoituksista

KUVIO 2. Raportoitavat asiat heräämön sairaanhoitajalle. (Korte ym. 2000, 444; Lukkari ym. 2010, 370; Lukkarinen, Virsiheimo, Hiivala, Savo & Salomäki 2012, 31).

6.2 Potilaan tarkkailu heräämössä

Leikkauksen jälkeen potilas on epästabiiilissa tilassa, jolloin vakavien komplikaatioiden riski on suurimmillaan. Yllättävät komplikaatiot ovat vältettävissä, mutta niiden havaitseminen ja hoitaminen on ammattitaitoisen henkilökunnan vastuulla. (Hatfield & Tronson 2011, 1.) Seuraavissa kappaleissa käydään läpi sairaanhoitajan potilaasta tarkkailtavia asioita heräämössä.

6.2.1 Hengitys

Hengityksen tarkkailu, sen ylläpito sekä valmius hoitaa hengitysvajausta kuuluvat jokaiselle potilaan hoitoon osallistuvalla ja sitä tarkkaillaan koko heräämössä olon ajan (Hamlin ym. 2009, 219; Hatfield & Tronson 2011, 29). Hengitystä tarkkaillaessa tulee huomioida seuraavanlaisia asioita. Potilaan saapuessa heräämööseen varmistetaan pään hyvä asento. Pään lievä kohoasento helpottaa hengitysteiden pysymistä avoimina. (Hamlin ym. 2009, 217.) Pulssioksimetri on jokaisen heräämön perusvalvontalaite. Se kertoo valtimoveren saturaatiosta, hengityksen riittävydestä, periferian lämpötilasta, verivolyyymista ja mahdollisesti kipulääkityksen tarpeesta. (Korte ym. 2000, 442.) Pulssioksimetrin avulla voidaan tarkkailla hapettumista ja arvioida lisähapen tarvetta. Tavoitteellinen happisaturaatio (SaO₂) arvo on yli 95 % (Hatfield & Tronson 2011, 256).

Potilaassa itsessään tarkkaillaan tämän hengityksen syvyyttä ja ääniä, ihon ja limakalvojen väriä ja hengitysteiden erityistä. Hengitystyötä seurataan tarkkailemalla hengitystajua (9-20 krt/min), apuhengityslihasten käyttöä, esteettömyyttä ja helppoutta, symmetrisyyttä sekä hengitysääniä (vinkuminen, rohina). (Lukkarinen ym. 2012, 13.)

Kudoshapetusta edesauttaa se, että potilas saa itse yskittyä limaa pois hengitysteistä. Jotta potilas pystyy yskimään tehokkaasti, täytyy kipulääkityksen olla hyvä. (Lindgren 2006, 42.) Arvioitaessa hapettumista ihon väristä tulee huomioida, että syanoosi eli ihon sinerrys, joka kertoo jo vakavasta hapen puutteesta, riippuu ihmisen hemoglobiini tasosta (aneemisella potilaalla sinerrystä ei välttämättä edes ilmene, kun taas potilaalla jolla on luonnostaan korkea hemoglobiinitaso sinerrystä saattaa ilmetä aikaisemmin) ja sitä on vaikeampaa havaita tummempi ihoisilla. Näin ollen hapettumisen arvioiminen ihon väristä ei yksistään ole luotettavaa, sinerrystä voikin tarkkailla luotettavammin limakalvoilta, kuten suun limakalvoilta ja alaluomen sisäpinnalta. Huonosta hapettumisesta kertoo myös ihon hikisyys, kalpeus ja periferian kylmyys. (Hatfield & Tronson 2009, 258; Iivanainen & Syväoja 2008, 320.)

Hengitystä voidaan helpottaa poistamalla ylimääräiset eritteet (lima, veri, oksennus) hengitysteistä. Hengitysteissä olevat ylimääräiset eritteet, jotka estävät vapaan hengittämisen ja joita potilas ei itse pysty yskimällä poistamaan, voidaan imeä imukatetrilla.

Tavallisesti hengitysteiden imemistä täytyy toteuttaa intuboiduilla tai trakeostomoiduilla potilailla. (Iivanainen & Syväoja 2008, 341.)

Tärkeää on myös, että sairaanhoitaja luo potilaalle hyvän hengitystä helpottavan asennon. Hengitystä helpottaa mm. pään lievä kohoasento ja puoli-istuva asento. Hereillä olevaa potilasta voidaan kehottaa nousemaan istumaan. (Iivanainen & Syväoja 2008, 342-343.) Ennen kaikkea on tärkeää olla potilaan lähettyvillä ja seurata potilasta intensiivisesti, jos hengityksessä on vaikeuksia. (Lukkari ym. 2010, 368.)

6.2.2 Verenkierto

Verenkierron tarkoituksena on siirtää happea keuhkoista verenkiertoon ja samalla hiili-dioksidi poistuu verestä. Sydän pumppaa riittävän määrän verta riittävällä paineella verenkiertoon ja kuljettaa näin riittävästi happea ja ravinteita kudoksiin ja elimille. Samalla veri kuljettaa elimistön kuona-aineita pois. (Hatfield & Tronson 2009, 285)

Verenkierron tarkkailuun kuuluu sydämen sykkeen, verenpaineen, ihon värin ja lämmön tarkkailu. (Hamlin ym. 2009, 220). Leikkaus tai anestesia voi aiheuttaa potilaalle stressiä, joka voi johtaa sydämen toiminnan muutoksiin. Potilaan tullessa heräämään on suositeltavaa jatkaa EKG:n ja pulssin monitorointia. Normaalisti aikuisen ihmisen sydämen perusrytmi eli sinus on noin 70 kertaa minuutissa (bradykardia eli harvalyöntisyys on alle 60 kertaa minuutissa ja takykardia eli tiheälyöntisyys on 100-140 kertaa minuutissa). Sykkeen tarkkailu ja sen palpointi on tärkeä osa sydämen ja verenkiertoelimistön tarkkailua. (Iivanainen & Syväoja 2008, 586; Korte ym. 2000, 448-450.)

Sairaanhoitajan tulee osata tarkkailla ja tulkita EKG-käyrää ja tunnistaa siinä muutokset sekä poikkeavuudet. Monitoroinnista saatavien tietojen lisäksi sairaanhoitajan on osattava tulkita sykettä palpoiden. Palpoiden voidaan arvioida sykkeen taajuus, säännöllisyys, symmetrisyys raajojen välillä, sekä sykkeen voimakkuus. Pulssin muutokset tulee kirjata tarkasti ja tarvittaessa otetaan yhteyttä anestesialääkäriin, jotta syy muutokseen saadaan selville ja mahdollisesti tarvittava hoito voidaan aloittaa. Kortteen ym. (2004, 448-450) mukaan takykardia on yleisin leikkauksen jälkeen ilmenevä fysiologinen stressivaste. (Iivanainen & Syväoja 2008, 586; Korte ym. 2000, 448-450.)

Normaalin verenpaineen viitearvot aikuisella ihmisellä ovat: systolinen 110-130 ja diastolinen 65-80 mmHg (Hatfield & Tronson 2009, 289). Verenpainetta voidaan mitata noninvasiivisesti eli ihon päältä (yleensä olkavarsi), invasiivisesti eli suoraan valtimosta (värttinävaltimo eli arteria radialis tai reisivaltimo eli arteria femoralis) tai invasiivisesti keskusslaskimosta ja keuhkovaltimosta. Potilaasta tulee tietää leikkausta edeltäneet mittausarvot, sillä normaaliarvot ovat vain suuntaa-antavia. Hypertensio ja hypotensio (korkea- ja matalapaineisuus) ovat tyypillisiä komplikaatioita postoperatiivisesti. (Iivanainen & Syväoja 2008, 585-586; Korte ym. 2000, 449-450.)

Potilaan ihon väristä voidaan päätellä verenkierron tilaa. Kalpea tai sinertävä iho voi ilmentää verenkierron huononemista, anemiaa tai sydänperäistä ongelmaa. Raajojen lämmöistä voidaan hyvin päätellä perifeerisen verenkierron tilaa. Käsien ja jalkojen ollessa lämpimät on perifeerinen verenkierto kunnossa, mikäli raajat ovat viileät tai kylmät on ääreisverenkierto heikentynyt. Myös puolierot on huomioitava sillä toisen raajan viileys saattaa merkitä verenkierron paikallista estymistä eli tukosta. (Iivanainen & Syväoja 2008, 595.)

6.2.3 Tajunnan taso

Tajunnan tasoa seurataan huomioimalla potilaan orientoitumista aikaan ja paikkaan, tarkkaavaisuutta ja kykyä noudattaa käskyjä ja kehotuksia, kuten raajojen liikuttamista. (Hamlin ym. 2009, 220.) Sairaanhoidajan tulee keskustella potilaan kanssa selvittääkseen tämän tajunnan tasoa. Kommunikointi ja tiedottaminen hoidon vaiheista ja tapahtumista luo myös luottamusta ja turvallisuuden tunnetta potilaalle. Mikäli potilas on tokkurainen tai sekava tulee miettiä syitä. Taustalla voi olla anestesia-aineiden vaikutus, huono hapettuminen, matala verensokeri, hypo- tai hypertermia tai potilaan taustatekijät. (Korte ym. 2000. 444, 459; Lukkari ym. 2010, 368; Lukkarinen ym. 2012, 14.)

Yleisanestesian jälkeen potilas on usein unelias, mutta tämä ei saa vähentää häneen kohdistuvaa huomiota, eikä puhumista potilaalle. Tavoitteena on että potilas kykenee vastailemaan kysymyksiin asiallisesti tai on helposti heräteltävissä, riippuen jatkohoidosta. Orientoituminen lisää potilaan itsehallintakykyä samalla, kun anestesia-aineet

poistuvat kehosta. (Korte ym. 2000. 444, 459; Lukkari ym. 2010, 368; Lukkarinen ym. 2012, 14.)

6.2.4 Kipu

Täysin kivutonta leikkauksen jälkeistä tilaa ei aina pystytä takaamaan, mutta jokaiselle potilaalle pyritään aina antamaan paras mahdollinen kivunhoito. Kipua ja sen voimakkuutta voidaan arvioida käyttämällä erilaisia kipumittareita. Potilaan kivuliaisuus tulee heti huomioida ja sitä täytyy arvioida tiheästi. (Hamlin ym. 2009, 226.) Heräämöhoitaja on ensisijainen potilaan kivun tarkkailija ja arvioija, joten vuorovaikutuksen merkitys korostuu. Myös heräämöhoitajan asenteet sekä tieto ja taito vaikuttavat kivun hoidon onnistumiseen. (Lukkari ym. 2007, 370.)

Kivun huomioiminen ja sen hoito vaikuttaa leikkauspotilaan toipumiseen merkittävästi. Kivun kokemiseen ja sen voimakkuuteen vaikuttaa erilaiset tekijät, kuten leikkausalueen hermo- ja kudosaauriot, aikaisemmat kipukokemukset, leikkauksen onnistuminen sekä psyykkiset tekijät kuten pelot. Jokaisen potilaan kipua tulee arvioida yksilöllisesti, koska koemme kukin kivun eri tavoin. (Hatfield & Tronson 2009, 65.)

Leikkauspotilaan kipua tulee hoitaa ennakoivasti ja sen hoitoon on monia eri syitä: levottomana liikehtivän potilaan hapenkulutus kasvaa, jolloin hypoksian riski suurenee. Kipu nostaa verenpainetta joka rasittaa sydäntä. Kipu myös heikentää maksan ja munuaisten verenkiertoa, mikä taas hidastaa lääkaineiden metaboliaa ja edistää nesteiden kertymistä kudoksiin. Kivuliaan potilaan hengitys on pinnallista, eikä potilas voi kunnolla yskiä. Tämä kerryttää limaa hengitysteihin ja riski keuhkokuumeeseen kasvaa. Kivun pelossa potilas ei uskalla liikutella jalkojaan, jolloin verenkierto hidastuu ja riski syviin laskimotukoksiin ja keuhkoemboliaan suurenee. Kivusta johtuen potilaan stressitaso ja kortisolin erityös nousee hidastaen leikkaushaavan paranemista ja altistaa postoperatiivisille infektioille. Kova kipu hidastaa suoliston toiminnan palautumista leikkauksen jälkeen. Kivusta aiheutuva stressi estää potilasta rentoutumasta ja saamasta tarvitsemaansa lepoa. (Hatfield & Tronson 2009, 66-67; Lukkari ym. 2007, 371.)

Leikkauspotilaan kivunhoidon voi jakaa viiteen osaan: kivun syyt, sen voimakkuuden arviointi, potilaan rauhoittelu ja hoiva, asianmukainen ja tehokas kivunhoito sekä tilan seuraaminen ja arviointi. (Hatfield & Tronson 2009, 76.)

Kivun arvioinnissa yhden potilaan kohdalla käytetään aina samanlaista mittaria, jotta potilas osaisi arvioida kipuaan mahdollisimman tarkasti ja luotettavasti. (Lukkari ym. 2007, 370.) Potilas arvioi kivun voimakkuutta kipumittarin asteikkoa apuna käyttäen. Arviointi voi olla myös sanallista, mutta numeraalinen asteikko on tarkempi arvioitaessa sitä kuinka voimakasta kipu on. Yleinen numeraalinen kipuaasteikko on VAS -jana (visual analogue scale). Asteikko voi olla esim. 0-10, jossa 0 tarkoittaa kivuttomuutta ja 10 pahinta mahdollista kipua. (Iivanainen & Syväoja. 2008. 470-471)

Sairaanhoitajan täytyy osata kysyä myös kivun laatua ja sijaintia ja esiintyvyyttä. Kivun laadun arviointi on tärkeää, sillä siitä voidaan päätellä kivun taustalla oleva syy. Esimerkiksi ”puristava” kipu rinnassa voi kertoa sydämen mahdollisista verenkiertohäiriöistä. Potilas pystyy usein paikallistamaan kivun itse, mutta esim. sisäelinkipu saattaa säteillä myös muualle. Sijainnin määrittämisessä sairaanhoitaja voi käyttää apuna palpoinnia, perkussiota ja auskultaatiota. Kivun esiintyvyyttä kartoitetaan selvittämällä onko kipu jatkuvaa, satunnaista vai sidonnaista johonkin tiettyyn asentoon tai tilanteeseen. Kipua kartoittaessa huomioidaan myös potilaan anamneesi ja sen hetkinen kipulääkitys. (Iivanainen & Syväoja 2008, 470-471; Järvimäki 2006, 860.)

Kivun hoidossa eli analgesiassa on monia eri tapoja. Lääkkeellisesti kipua voidaan hoitaa estämällä kipureseptoreiden aktivoituminen, ärsykkeenvälitys kipusyissä tai ärsykkeenkulku keskushermoston kipuradoissa. Lääkkeetön hoito tarkoittaa elimistön omien kivunlievitysmekanismien aktivoimista. (Bjälje, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 2009, 107.)

Kipureseptoreiden aktivoitumisen estäviä lääkeaineita ovat mm. tulehduskipulääkkeet (NSAID = non-steroid anti-inflammatory drugs). Niiden vaikutus perustuu prostaglandiinisynteesin estämiseen. Prostaglandiini herkistää hermopäätteitä tulehduksen välittäjäaineille. Tulehduskipulääkkeet lievittävät tulehdusreaktion aiheuttamaa kipua ja ovat yleisesti käytettyjä leikkauksenjälkeisen kivun hoidossa. (Bjälje ym. 2009. 107; Laurila 2006, 135.) Tavallisin NSAID -lääkkeiden haittavaikutus on ruuansulatuskanavan ärsy-

tys, joka ilmenee esim. närästyksenä, pahoinvointina tai vatsakipuina. Pitempiaikaisen käytön seurauksena voi tulla ulcus eli mahahaava. (Nurminen 2008, 238.)

Ärsykkeen kulkemista kipusyissä estävät mm. paikallispuudutteet, joiden toiminta perustuu natriumkanavan salpaamiseen (Pitkänen 2006, 157). Puudutteista esimerkkinä voi olla epiduraalipuudutus, jossa epiduraalikatetri asetetaan epiduraalitilaan leikkauskohtaa vastaavalle tasolle. Puudutus on tehokas tapa poistaa leikkauksen jälkeistä kipua. (Bjälje ym. 2009 107; Salomäki & Rosenberg 2006, 846). Puudutusten komplikaationa voi olla puudutemyrkytys, joka syntyy, jos puudutetta pääsee nopeasti verenkiertoon liian suuri määrä. Tämän mahdollisia syitä ovat puudutteen ruiskuttaminen vahingossa suoneen tai yliannostus. Puudutemyrkytyksen oireita ovat verenpaineen lasku, levottomuus, kouristelu ja häiriöt hengitystoiminnassa. Oireet kehittyvät 5-30 minuutin kuluessa. Puudutemyrkytystä hoidetaan pitämällä yllä hengitystä ja verenkiertoa. (Nurminen 2008, 260.)

Kolmannen ryhmän muodostavat opioidit, jotka estävät ärsykkeenkulun sitoutumalla keskushermoston kipuratojen opioidireseptoreihin (Bjälje ym. 2009, 107). Kivun lisäksi opioidit vähentävät mahdollista postoperatiivista ahdistuneisuutta ja tuskaisuutta ja saavat aikaan hyvän olon tunteen (Lukkari ym. 2007, 327). Opioidien vaarallisin haittavaikutus on hengityslama, jota voidaan hoitaa antamalla vasta-aine injektio (naloksoni), samalla kuitenkin myös opioidin analgeettinen vaikutus lakkaa. Opioidit voivat myös jatkuvasti käytettynä aiheuttaa voimakkaan riippuvuuden, johon liittyvät vieroitusoireet. Ongelmana on myös toleranssin kehittyminen. Muita akuutteja haittavaikutuksia ovat verenkierron heikkeneminen, yskänrefleksin lamaantuminen, ummetus ja pahoinvointi. (Nurminen 2008, 244.)

Kipua voidaan hoitaa tehokkaasti myös ei-lääkkeellisesti. Periaatteena on, että hoito kohdistuu eri vaikutuspaikkoihin, eli aktivoidaan muita aisteja. Kipua voidaan hoitaa paikallisesti traumakohdassa, selkäydintasolla aktivoimalla porttisolut ja aivojen kipumekanismeihin vaikuttamalla. Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä ovat mm. kosketus, hierominen, lämpö- ja kylmähoito. (Bjälje ym. 2009, 107; Lukkari ym. 2007, 371.)

PCA eli patient controlled analgesia tarkoittaa potilaan itse säätelemää kivunlievitystä erillisellä laitteella eli PCA pumpulla. Potilas annostelee kipulääkettä painamalla pum-

pun annostelijaa ja lääke (opioidi) menee suoraan laskimoon. Lääkäri määrittää etukäteen PCA-pumppuun turvallisuusasetukset, kuten kerta-annoksen sekä lukitusajan ja kipulääkkeen määrän tiettyä aikayksikköä kohden. Näin itsehoitoon kykenevä potilas voi päättää kipulääkkeen ottamisen ajankohdan riippumatta hoitohenkilökunnasta. Vaikka potilas käyttää kipupumppua itsenäisesti, tulee sairaanhoitajan tarkkailla potilaan vointia ja kipua normaalisti sekä valvoa, että potilas hoitaa kipuaan riittävästi ja tarkoituksenmukaisesti. (Korte, Rajamäki, Lukkari & Kallio 2000, 328-329; Lukkari ym. 2007, 373.) PCA:n kaltaisesta jatkuvasta kivunhoitomenetelmästä tulee kirjata lääkeseoksen koostumus, tiputusnopeus ja siihen tehdyt muutokset. Kirjaamisesta tulee myös ilmetä hoidon päättymisen ajankohta ja syy. (Kontinen, Jokela, Ravaska, Rautakorpi & Hamunen 2012, 119.)

Oikean kivunhoitomenetelmän valinnan jälkeen hoidossa oleellista on jatkuva vasteen seuranta sekä haittavaikutusten arviointi. Kun kivun syy ja voimakkuus on selvitetty ja kipulääke annettu potilaalle, arvioidaan lääkkeen vaikutus. Tarvittaessa lääkkeen annostusta, antoväliä, antoreittiä tai lääkettä muutetaan tai vaihdetaan. Tämän jälkeen tilannetta arvioidaan uudelleen niin usein kunnes kivut ovat hallinnassa ja vaste on hyvä. Kaikki kivunhoitoon liittyvä tulee kirjata selkeästi potilaan tietoihin. (Kontinen ym. 2012; Swearingen 2003, 15.)

Päiväkirurgisen potilaan sairaalassaolo aika on lyhyempi, mutta silti kivun hoito täytyy suunnitella asianmukaisesti ja antaa potilaalle selkeät ohjeet siitä, kuinka hoitaa kipua kotona (Hatfield & Tronson 2009, 84).

6.2.5 Lämpötapaino

Potilaan lämpötapainoa tarkkaillaan ja ylläpidetään aktiivisesti koko perioperatiivisen hoidon ajan (Lukkari ym. 2007, 324). Leikkaussalissa aloitettu tarkkailu ja ylläpito jatkuvat heräämössä. Hatfieldin ja Tronsonin (2009, 62-63) mukaan noin 60 % potilaista kärsii alilämmöstä heräämööseen saapuessaan. Etenkin suuret rintakehän tai vatsanalueen avoleikkaukset voivat aiheuttaa hypotermiaa leikkauksen aikana. (2009, 62-63.)

Ihmisen ydinlämpö on noin 37 °C ja ihon noin 33 °C. Ihon lämpöön vaikuttaa eniten ympärillä olevan ilman lämpötila, mutta ydinlämpö on yhteydessä aineenvaihdunnan nopeuteen. Koska ihon lämpötila vaihtelee paljon, kainalo ei ole riittävän luotettava mittaushaara kun tarvitaan tieto ihmisen ydinlämmöstä. Ihon lämpöä voidaan monitoroida teippaamalla anturi sormeen tai varpaaseen. Heräämössä ydinlämpötilaa voidaan luotettavammin mitata elektronisilla laitteilla, kuten turvallisella ja non-invasiivisella infrapuna mittarilla otsalta, korvamittarilla tärykalvolta tai liimapintaisella pienellä tyytyllä ohimolta. Ydinlämmön voi mitata myös antureilla ruokatorvesta tai nielusta ja myös keuhkovaltimokatetriin voi olla liitettynä lämpöanturi. Rektaalilämpöä ei pidetä nykyään kovin luotettavana. (Hatfield & Tronson 2009, 62-63; Lukkari ym. 2007 327.)

Hypertermia eli liiallinen kehon lämmön nousu on heräämössä harvinaisempaa ja vaarallisempaa kuin hypotermia eli alilämpö. Hypertermiana voidaan pitää tilaa ydinlämmön ollessa lähellä 40 °C:ta. Hypertermia aiheuttaa hengitys – ja ventilaatiovaikeuksia, hapenkulutuksen kiihtymistä, lihasjäykkyyttä ja arytmiä eli rytmihäiriöitä. Viilennyskeinoja ovat esimerkiksi huoneen lämpötilan viilentäminen, pyyhkeeseen käärittyjen kylmäpussien asettaminen ihoa vasten ja viilennettyjen infuusionesteiden antaminen laskimoon. (Lukkari ym. 2007, 326-327.)

Hypotermiaksi voidaan kutsua tilaa ydinlämmön ollessa 36 °C tai vähemmän, Lukkarin ym. mukaan 35 °C. Lämmön hukkaa tapahtuu etenkin raajojen ja pään alueelta. (Lukkari ym. 2007, 326-327.) Alilämpöisyys aiheuttaa epämukavia lihasväristyksiä, pulssin nopeutumista ja lisää hapenkulutusta. Verisuonet supistuvat, kudoksiin virtaa vähemmän verta, joka aiheuttaa kudoshypoksiaa ja metabolista asidoosia. Virtsaneritys lisääntyy ja rytmihäiriöt ovat myös mahdollisia. Etenkin heräämöhoidossa on hyvä huomioda, että hypotermia voi pidentää lihasrelaksanttien ja sedatiivisten anestesia-aineiden vaikutusaikoja. Tärkeintä on hypotermian ennaltaehkäisy, mutta sitä voidaan hoitaa esimerkiksi lämpöpeitoilla – ja patjoilla, lämmitetyillä infuusionesteillä ja nostamalla huoneen lämpötilaa. Palelevalle potilaalle annetaan myös lisähappea. (Hatfield & Tronson 2009, 62-63; Lukkari ym. 2007, 326, 383.)

6.2.6 Nestetasapaino

Potilaan tullessa heräämään vitaalielintoimintojen tarkastuksen jälkeen tarkastetaan infuusiot, leikkausalue, katetrit ja laskuputket sekä huomioidaan niiden keräyspussit, että ne ovat telineissä ja sopivalla korkeudella. Ennen potilaan heräämistä nestetasapainoa ylläpidetään suonensisäisellä nestehoidolla lääkärin ohjeiden mukaan. Nestehoidolla ylläpidetään potilaan veden, elektrolyyttien ja energian saantia. Nestetasapainoa tarkkaillaan myös seuraamalla potilaan eritystä, kuten diureesia, oksennuksen määrää sekä dreerien eritystä. Eritys mitataan ja kirjataan tarkasti potilasasiakirjoihin ja nestetasapainoa lasketaan 2-4 kertaa vuorokaudessa tai useammin. Heränneelle potilaalle voi antaa pieniä määriä nesteitä myös suun kautta. (Lukkari ym. 2007, 367, 369; Nurminen 2008, 434.)

Kirurginen toiminta ja anestesia-aineet saattavat, muuttaa ja vaikeuttaa normaalia virtsan eritystä. Heräämöhoidossa potilaan virtsaneritystä seurataan ja vaikeuksista kärsivän potilaan virtsaamista pyritään edesauttamaan esim. auttamalla potilas puoli-istuvaan asentoon, ohjaamalla alusastian tai virtsapullon käyttö ja suojaamalla potilaan yksityisyys verhoihin tai sermeihin. Kertakatetroinnin tarve arvioidaan tarvittaessa ultraäänitutkimuksella. (Lukkari ym. 2010, 383.)

Nestehukka ja suuri verenvuoto voi aiheuttaa myös alhaista verenpainetta eli hypotensiota. CVP eli keskuslaskimopaine antaa viitteitä myös potilaan nestetasapainosta. Alhainen paine kertoo verenhukasta eli hypovolemiasta ja korkea paine ylinesteytyksestä. (Lukkari ym. 2010, 381.) Liiallista nestelastia voidaan pyrkiä poistamaan lisäämällä virtsamääriä laskimoteitse annettavien diureettien, kuten furosemidin tai mannitolin avulla. (Nurminen 2008, 437.)

6.2.7 Pahoinvointi

Postoperatiivinen pahoinvointi ja oksentelu (PONV = postoperative nausea and vomiting) on yleistä leikkauksen jälkeen ja siihen altistavia tekijöitä ovat naissukupuoli, tupakoimattomuus, matkapahoinvointi tai aiempi PONV ja leikkauksen jälkeinen opioidilääkitys. Riskiä voidaan arvioida Apfelin riskiasteikolla. Jopa 80 % korkean riskin poti-

laista kärsii pahoinvoinnista, mikäli profylaksiasta ei huolehdita. Yleisanestesiassa PONV on jopa kymmenen kertaa yleisempää, kuin puudutuksessa tehdyissä toimenpiteissä. Postoperatiivisesta pahoinvoinnista tulee harvoin vakavia komplikaatioita, mutta se lisää potilaan epämukavuutta, pidentää heräämöhöhoito aikaa ja viivästyttää päiväkirurgisten potilaiden kotiutusta. (Knopf, Rotko & Koivuranta 2010, 408-409.)

Tavallisimmat syyt postoperatiiviseen pahoinvointiin ja oksenteluun ovat anestesiassa käytetyt inhalaatioanesteetit. Nämä lääkeaineet ärsyttävät vatsan limakalvoa ja keskushermoston oksennuskeskusta. Myös kivunhoidossa käytetyt opioidit voivat aiheuttaa pahoinvointia sekä lihasrelaksanttien vasta-aineet, koska ne kiihdyttävät suolen supistulua. Vatsan- ja suoliston alueelle tehdyt toimenpiteet, sekä endoskooppisen kirurgian yhteydessä käytetty hiilidioksidi voivat olla myös syynä pahoinvointiin. Pahoinvoinnin taustalla voi vaikuttaa myös potilaan ahdistus ja pelko. (Korte ym. 2000, 455.)

Pahoinvointia voidaan hoitaa ja ehkäistä ylläpitämällä neste - ja elektrolyytti tasapainoa suonensisäisesti (ei nesteitä suun kautta) ja antamalla lisähappea. Mikäli potilas ei ole vielä täysin toipunut yleisanestesiasta, voi hänellä olla vaikeuksia ilmaista pahoinvointiaan. Tällöin tulee huomioida potilaan asento, ettei aspiraatio riskiä pääse syntymään ja imulaite on oltava valmiina. (Korte ym. 2000, 455.) Mahdolliset potilaan asennon vaihdot tulee tehdä varovaisesti, jottei potilaalle aiheudu lisää pahoinvointia liikkuttelusta (Lukkari ym. 2007, 367). Pahoinvoinnin ehkäisyyn tarkoitettuja lääkeaineita kutsutaan antiemeettisiksi lääkeaineiksi. Antiemeettejä voidaan käyttää lääkeyhdistelminä tai yksistään riippuen potilaan riskitekijöistä ja tehdystä toimenpiteestä. (Knopf ym. 2010, 411.)

6.2.8 Leikkausalue

Leikkausalueella tarkkaillaan sidoksia ja haava-alueen vuotoa, turvotusta ja kipua sekä haavaympäristön ihon väriä lämpöä ja tuntoa. Dreenien eli haava-alueen laskuputkien kunto sekä eritteiden määrä, laatu ja väri kuuluvat myös leikkausalueen tarkkailuun. Jos potilaalla on leikkausalueella kestohuuhtelu, tulee sisäänmenevän ja ulostulevan huuhtelunesteen tasapainoa tarkkailla. (Lukkari ym. 2010, 369.)

Potilaan tulisi olla myös asennossa, jossa leikkaushaava on tuettuna sekä niin, että raa-jojen virheasentoja ei pääse syntymään. Hereillä olevalta potilaalta voi myös kysyä on-ko leikkausalueella tuntemuksia, kuten kutinaa tai venytystä. (Lukkari ym. 2010, 369.)

6.2.9 Kirjaaminen

Kirjaamisen tulee olla tarkkaa ja säännöllistä, jotta potilaan toipumisen kehitystä voi- daan seurata ja huomata ajoissa mahdolliset komplikaatiot (Hamlin ym. 2009, 235).

Kirjaamisella on tarkoitus kuvata potilaan hoitoa, sen yksilöllisyyttä ja laillisuutta, pää- töksentekoa ja muita hoidon elementtejä kuten esim. näytteiden ottoa, hoitovälineistöä ja kulunutta aikaa. Kaikkea kirjaamista ohjaavat suositukset ja kriteerit. Kirjaamisen tulee olla selkeää, virheetöntä ja hyvien kirjallisten tapojen mukaista eli käytetään vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä lyhenteitä ja termistöä. Kirjaamisessa tulee ilmetä hoitoon osallistuneet henkilöt ja heidän roolinsa potilaan hoidossa. (Lukkarinen 2012, 29-30.) Potilasasiakirjat voivat olla sähköisiä tai perinteisiä paperisia. Kirjaaminen on muuttumassa yhä enemmän sähköiseen muotoon, mikä helpottaa kirjaamista yhteisesti sovitulla periaatteilla ja helpottaa oleellisen tiedon löytymistä suuresta tietomäärästä, joka on ollut ongelmana paperilomakkeissa. (Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen 2007, 3.)

Heräämössä kirjaamisen sisältö noudattaa samaa linjaa kuin potilaasta seurattavat asiat: hemodynamiikka, hengitys, kipu, diureesi, haava-alueen tarkkailu, pahoinvointi ja hoi- tajan havainnoima potilaan yleisvointi. Kirjaamisessa tulee myös näkyä lääkärin anta- mat määräykset ja hoitolinjaukset. (Lukkarinen 2012, 30.) Huolellinen ja tarkka kirjaa- minen voi olla myös sairaanhoitajan ainoa laillinen turva ja puolustus, mikäli jotain ta- pahtuu ja asiaa ryhdytään tutkimaan. Karkeasti sanottuna se mitä ei ole kirjattu sitä ei ole myöskään tehty. (Hatfield & Tronson, 2011, 10.)

7 KVALITATIIVINEN TUTKIMUSMENETELMÄ

Tutkimuksessamme selvitimme sairaanhoitajien mielipiteitä ja kokemuksia siitä, mitä on hyvä heräämöhoito. Aiheen luonteen perusteella tutkimusmenetelmäksi valikoitui laadullinen, eli kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä. Laadullisessa tutkimuksessa tutkija tutkii elämän merkityksiä, joihin liittyy ihmisen toiminta, ajatukset, kokemukset ja käsitkset. Erityispiirteenä laadullisessa tutkimuksessa on, että sen tavoitteena ei ole löytää totuutta, vaan tehdä havaintoja ja tulkintoja. (Vilka 2007, 97.)

Laadullisessa tutkimuksessa aineisto kootaan luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa, mutta apuna voi käyttää myös lomakkeita ja testejä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164). Tavallinen aineiston keruumenetelmä on haastattelu. Erilaisia haastattelu-tyyppejä on useita, mutta meille sopivimmaksi valikoitui puolistrukturoitu haastattelu eli teemahaastattelu. Se tarkoittaa, että tutkija on ennalta miettinyt tutkimusongelmien perusteella keskeiset teemat ja kysymykset niihin liittyen. (Vilka 2007, 100-101.)

7.1 Aineiston keruu

Aineistoa tutkimukseen saimme haastattelemalla erään terveyskeskuksen leikkausosaston heräämössä työskenteleviä sairaanhoitajia. Työnkuvaan tässä terveyskeskuksessa kuuluu, että sairaanhoitajat tekevät kaikkia leikkausosaston tehtäviä, eli instrumentti-, anestesia-, valvovan- sekä heräämöhoitajan tehtäviä. Toimitimme lupahakemukset työelämäyhteydelle toukokuussa 2012. Haastattelut teimme elokuun 2012 aikana. Haastatteluissa toimittiin yhdenmukaisuuden periaatteen mukaan, eli kaikki kysymykset kysyttiin haastateltavilta samalla tavalla ja samassa järjestyksessä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.) Tarkentavia kysymyksiä käytimme vain tarvittaessa, mikäli aihe eksyi liikaa kysymyksestä.

Järjestimme yksikössä yksilöhaastattelut, jotka nauhoitettiin. Lähetimme haastateltaville kysymykset etukäteen, jotta he saattoivat valmistautua haastatteluun. Toiveena oli, että saisimme haastatella kaikkia sairaanhoitajia saadaksemme riittävän suuren otannan tutkimukseemme.

7.2 Aineiston analyysi

Aineiston analyysin teimme syksyllä 2012 ja keväällä 2013. Saatu aineisto analysoitiin käyttämällä sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysiä sanotaan perusmenetelmäksi puhuttaessa laadullisen tutkimuksen analyyseistä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91). Alasuutarin mukaan (2011, 39) laadullisessa analyysissä on kaksi vaihetta: Havaintojen pelkistäminen ja arvoituksen ratkaiseminen. Käytännössä tämä tarkoittaa, että aineistosta poimitaan tutkimustehtävien kannalta olennaiset asiat. Pelkistämisen toisessa vaiheessa olennaisia asioita yhdistellään etsimällä näiden yhteiset piirteet ja lopulta arvoitus ratkaistaan tekemällä merkitystulkinta tutkittavasta ilmiöstä (Alasuutari 2011, 40, 44). Tuomi & Sarajärvi käyttävät näistä työvaiheista nimityksiä: aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen. Lopulta tuloksissa avataan muodostetut käsitteet. (2009, 108, 113.)

Aloitimme aineiston analysoinnin puhtaaksikirjoittamalla nauhoittamamme haastattelut. Seuraavaksi poimimme teksteistä haastattelu kerrallaan kysymyksiin vastaavia ilmaisuja, jotka pelkistettiin. Päädyimme poimimaan pelkistetyt ilmaukset vastaamaan haastattelukysymyksiin, koska kysymykset muodostettiin vastaamaan tutkimustehtäviin.

Pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin alaluokkiin yhtenäisten piirteiden mukaan. Esimerkiksi pelkistetyt ilmaukset ”potilas on kivuton”, ”kivun kysyminen” ja ”kipumittarin käyttö” yhdistettiin alaluokaksi ”yksilöllinen kivunhoito”. Alaluokista muodostettiin edelleen yläluokkia. Tästä esimerkkinä alaluokat ”potilaan ohjaus” ja ”vuorovaikutus potilaan kanssa” yhdistettiin yläluokaksi ”potilas saa kotihoito-ohjeet ja ymmärtää ne”.

Yläluokista muodostettiin pääluokat vastaavalla tavalla eli yläluokista ”potilaan tarpeiden yksilöllinen huomiointi ja voinnin valvonta” ja ”potilaan elintoimintojen valvonta ja ylläpito” muodostimme pääluokan ”elintoimintojen valvonta ja potilaan yksilöllinen huomiointi”. Aloitimme tulosten muodostamisen pääluokkien pohjalta. Näistä vaiheista voi käyttää myös nimityksiä redusointi eli pelkistäminen, klusterointi eli luokittelu ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108).

8 TUTKIMUSTULOKSET

8.1 Päiväkirurgisen potilaan toipuminen heräämössä

Hoitajien näkemys päiväkirurgisen potilaan hoidon päämäärästä oli, että potilas on hyvävointinen ja omatoiminen sekä näin ollen kotiutumiskelpoinen ja on saanut ja ymmärtänyt kotihoito-ohjeet. Sairaanhoidtajien mukaan myös heräämön tilaratkaisuilla on oma vaikutuksensa potilaan toipumiseen leikkauksesta.

Potilaan hoito alkaa edesauttamalla toipumista nukutuksesta tai puudutuksesta. Potilaan vierellä ollaan, kunnes potilas herää ja tiedotetaan häntä tilanteesta. Potilasta haastatellaan tuntemuksista ja erityisesti kivusta ja pahoinvoinnista. Myös annetut kipulääkkeet saattavat aiheuttaa huonovointisuutta. Sairaanhoidtaja seuraa potilaan elehdintää ja yleisilmettä.

“...välitön leikkauksen jälkeinen ohjaus keskittyy lähinnä potilaan sen hetkiseen oloon ja kerrotaan asioita mitä hän kysyy... miten se vaikuttaa hänen hengitykseen, muuhun vointiin, miten puudutus menee pois...”

Potilaan kipua hoidetaan yksilöllisesti ja siten, että se on hallinnassa potilaan kotiutumisvaiheessa. Kiputuntemuksia arvioidaan haastattelemalla potilasta, kipulääkkeiden vastetta seurataan ja kipua arvioidaan mm. VAS –mittarin avulla. Täydelliseen kivuttomuuteen ei välttämättä päästä, mutta kivun tulee olla suun kautta otettavien lääkkeiden hallittavissa. Potilas saa ohjausta kipulääkkeiden käyttöön kotona.

“...kipua ei saa täysin pois, mutta olo on sellainen siedettävä. Ja potilas tuntee kun on saanut kipulääkkeitä ja ne toimii ja pystyy lähtemään.”

Sairaanhoidtajan täytyy antaa potilaalle kotihoito-ohjeet yksilöllisesti siten, että potilas ymmärtää ne. Ohjeet käydään läpi potilaan kanssa useassa hoidon eri vaiheessa eli potilasta ohjataan koko heräämöhoidon ajan lisäten informaation määrää ja kerraten asioita. Ohjauksessa on huomioitava, että leikkaus ja muut asiat kuten lääkkeaineet

saattaa vaikuttaa potilaan tiedon omaksumiskykyyn. Sairaanhoidaja voi varmistaa tiedon omaksumisen esittämällä vastakysymyksiä.

“...joskus vaikeeta ymmärtää, että onko tää mennyt perille... hoitajan on hyvä varmistella tekemällä vastakysymyksiä.”

Haastattelussa yksi kysymys koski heräämön tilaratkaisuja. Sairaanhoidajien mukaan tilaratkaisuilla on suuri merkitys potilaan toipumisessa. Tilan tulisi olla suunniteltu heräämön tarpeisiin, eli olisi riittävästi tilaa toimenpiteille ja tarvikkeille, hyvä valaistus ja kaikki tarvittava yhdessä tilassa. Oleellisinta kuitenkin potilaan toipumisen kannalta on, että heräämö on rauhallinen tila, eikä siinä ole turhaa läpikulkua. Myös potilaiden intimitettisuoja tulisi olla turvattu

“...keskeisellä paikalla, että sinne pääsee helposti ja henkilökunta pääsee kulkemaan, mutta potilaille semmoinen rauhallinen.”

8.2 Päiväkirurgisen potilaan tarkkailu heräämössä

Yhtenä opinnäytetyömme tehtävänä oli selvittää, mitä asioita kuuluu päiväkirurgisen potilaan tarkkailuun heräämössä. Haastatteluissa sairaanhoidajien vastaukset olivat luonnollisesti varsin yhtenäisiä. Analyysissä pääluokaksi muodostuikin ”potilaan elintoimintojen valvonta ja yksilöllinen huomiointi”. Hoito alkaa, kun potilas saapuu leikkaussalista heräämöhön. Potilaan hapetus turvataa antamalla lisähappea happimaskilla ja häneen kytketään verenpaineen -ja sydämen seurantalaitteet. Tämän jälkeen heräämön sairaanhoidaja ottaa vastaan raportin anestesiahoitajalta, josta selviää leikkauksen kulku ja hoitomääräykset. Potilaasta tarkkaillaan säännöllisesti hengitystä ja happisaturoatiota, verenpainetta ja sydänpulssia, lämpötilaa, tajunnan tasoa, kipua sekä leikkausalueita.

”Ihan nää perusasiat joita me muutenkin tarkkaillaan katotaan siinä ensimmäisenä ja sitten koko seurannan ajan.”

Potilaiden oireita, olotilaa ja eleitä seurataan ja vointia hoidetaan yksilöllisesti. Tärkeää on kysyä vointia suoraan potilaalta. Havainnot ja muutokset potilaan voinnissa sekä annettu lääkehoito ja sen vaste kirjataan tarkasti anestesiakaavakkeelle.

”... kirjataan tonne papereihin ylös mitä on tässä tarkkailtu ja huomioitu.”

Kaikki sairaanhoitajat myös pitivät tärkeänä, että potilas kokee, että sairaanhoitaja on aina saatavilla, vaikei olisikaan koko aikaa vieressä.

”...jos potilas muuttuu jotenkin, vaikei missään monitorissa näkyis mitään, mutta jos hänen olemus, ilmeet, vointi tai elekieli muuttuu, niin sekin on aina viesti jostain.”

Potilaan voinnin kohentuessa voidaan potilas siirtää kakkosheräämööseen, jossa tarkkailaan edelleen yleisvointia ja kipua, mutta myös huimausta, jalkojen kantavuutta, liikkumista, virtsaamista, syömistä ja juomista. Edelleen seurataan leikkaushaavaa ja mahdollista vuotoa. Monitoriseurantaa ei kakkosheräämössä enää käytetä, koska potilas on jo hyväkuntoinen ja pystyy kertomaan voinnistaan. Kakkosheräämössä arvioidaan vielä kotiutuskuntoisuutta ja annetaan tarkempia kotihoito-ohjeita.

8.3 Hoitajien näkemykset heräämötöskentelystä

Kysyimme sairaanhoitajilta mielipiteitä hyvän heräämöhoidajan ominaisuuksista sekä työn haasteista. Pinnalle nousivat sairaanhoitajan pätevyys ja persoonallisuus sekä haasteena itsenäinen päätöksenteko potilaan hoidosta. Heräämöhoidajalla tulee olla ammattitaitoa, eli ymmärrystä ja osaamista ihmisen fysiologiasta ja anatomiasta, tietämystä leikkauksista ja niiden vaikutuksista ihmiseen ja osaamista toimia potilaan “asianajajana”. Ammattitaitoon kuuluu itsensä kehittäminen, kyky reagoida tilanteisiin nopeasti ja toimia niiden mukaan omatoimisesti, tunnistaa omat voimavaransa sekä tarvittaessa pyytää apua.

“Että jos nukutetun potilaan hapetus on matala, potilas ei selkeesti pysty ventiloitumaan kunnolla, niin sen sijaan että panikois, niin tietää että nostetaan leuasta ja tekee rauhallisesti ne asiat, ettei hätiköi siinä.”

Heräämöhoitajan tulee osata käyttää omaa persoonaansa työssään, sillä sosiaalista vuorovaikutusta on paljon ja heräämöhoitajan tulee osata kommunikoida niin potilaiden kuin kollegoidenkin kanssa. Ihmistuntemuksesta on hyötyä, tulee olla avoin omille tuntemuksilleen ja osata kuunnella potilasta, olla empaattinen ja kiinnostunut ihmisistä.

“Potilaita monesti jännittää tai muuta, niin sitten mun mielestä pitää pystyä aistiin, että miten kenenkin potilaan kanssa toimitaan.”

Haasteeksi sairaanhoitajat mainitsivat yksin työskentelyn. Päätökset täytyy tehdä itsenäisesti ja täytyy pystyä hoitamaan useaa potilasta yhtä aikaa. Nopeasti muuttuvat tilanteet ja kipeät potilaat mainittiin haasteellisiksi.

“... tässä on yksin. Eli saattaa olla, että mulla on tässä nukutettu potilas ja kakkosheräämössä kotiutuva potilas ja tuolla perähuoneessa on leikkaukseen tuleva potilas... eli se jakaantuminen, eli mitä mun pitäis tehdä.”

Haasteiksi mainittiin myös puutteet tiedonkulussa, esimerkkinä puutteelliset lääkemääräykset, lääkäri ei ole juuri sillä hetkellä saatavilla sekä puutteet tiloissa ja toimintahäiriöt välineistössä.

9 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millaista on hyvä heräämöhoido erään terveyskeskuksen leikkausosaston sairaanhoitajien kokemana. Haastatteleamalla sairaanhoitajia saimme hyvän ja monipuolisen näkemyksen heräämöhoidajan työstä ja sen haasteista sekä siitä, mitä he kokivat hyvän heräämöhoidon olevan ja miten hoito tukee leikkauspotilaan toipumista. Haastatteluissa saimme vastaukset kysymyksiimme ja ne tukivat opinnäytetyömme tehtäviä sekä teoriaosassa käyttämäämme kirjallisuutta. Kirjallisuutta lukemalla olemme saaneet hyvän teoretietopohjan heräämössä tapahtuvasta tarkkailusta ja työstä potilaan postoperatiivisessa hoidossa. Työmme ja tutkimuksemme tulokset antavat terveyskeskuksen leikkausosaston työntekijöille mahdollisuuden pohtia omaa työtään heräämössä ja siihen liittyviä asioita. Olemme olleet työelämäyhteyden kanssa yhteydessä koko opinnäytetyöprosessin ajan ja pohtineet tutkimuksen sisältöä ja sen toteuttamista.

Opinnäytetyön tekeminen toi uutta näkökulmaa hoitotieteen tutkimukseen ja alan kirjallisuuteen. Myös tutkittavana ollut aihe avasi silmiä perioperatiivisen hoitotyön ammatilliseen yhteistyöhön ja siihen kuinka koko perioperatiivisen prosessin aikana tapahtuva hoito vaikuttaa potilaan toipumiseen ja hyvinvointiin. Uskomme, että olemme kasvaneet oppimamme myötä myös tulevina sairaanhoitajina. Opinnäytetyöprosessin loppuvaiheessa oli mukava huomata, että kiinnostus perioperatiivista hoitotyötä kohtaan on vain kasvanut ja vahvistunut.

9.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta arvioimme mm. haastattelujen perusteella. Kaikki osaston heräämön sairaanhoitajat suostuivat haastateltaviksi, joten saimme kaikkien sairaanhoitajien näkemyksen aiheeseen. Haastattelut pidettiin kaikki samassa paikassa ja samaa kaavaa noudattaen. Kaksi haastattelua jouduttiin keskeyttämään hetkeksi, mutta emme usko tämän vaikuttaneen vastauksiin, sillä haastattelu saatiin jatkumaan sujuvasti siitä mihin oltiin jääty. Tutkimuksemme luotettavuutta lisää se, että haastattelukysymykset valmisteltiin tieteellisen kirjallisuuden pohjalta. Muodostimme

kysymykset siten, että saimme vastaukset haluamiimme aiheisiin. Vastausten pohjalta saadut tulokset esitettiin niitä vääristelemättä. Olemme pyrkineet keräämään aineiston ja analysoimaan sen laadullisen tutkimuksen periaatteiden mukaan. Näiden lisäksi olemme avanneet lukijalle tutkimuksen eri vaiheet ja pyrkineet selventämään tutkimustuloksia (Vilka 2007, 141).

Teoriaosassa hyvä hoito-käsitettä on tarkasteltu reilusti yli kymmenen vuotta vanhojen tutkimusten pohjalta, joten ne voisivat tiedonhaun laadullisten periaatteiden mukaan olla liian vanhoja. Hirsjärven ym. (2009, 113) mukaan lähteiden tulisi olla tuoreita, sillä tutkimustieto muuttuu nopeasti. Mielestämme 1990-luvulla tehdyt Leino-Kilven ym. tutkimukset ovat kuitenkin uraa uurtavia tutkittaessa hoidon laatua, niin potilaiden kuin sairaanhoitajienkin näkökulmasta. Tulokset ovat myöskin aikaa kestäviä ja tutkija on tunnettu alallaan. Emme myöskään löytäneet varsinaiseen aiheeseemme, eli sairaanhoitajien mielipiteisiin heräämöhoidosta perustuvia tuoreempia tutkimuksia. Olemme arvioineet käyttämämme kirjallisuuden luotettavuutta ja näin samalla tutkimuksemme luotettavuutta koko prosessin ajan.

9.2 Tutkimuseettiset kysymykset

Tutkimusetiikka pitää sisällään hyvän tieteellisen käytännön noudattamisen. Tutkimusetiikkaa tulee noudattaa jo tutkimuksen ideointi vaiheesta alkaen aina tulosten esittämiseen asti ja se tarkoittaa pelisääntöjä tutkimukseen liittyvien ihmisten kanssa. Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa, että tutkimuksessa noudatetaan eettisen tarkastelun kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä, jotka ovat tiedeyhteisön hyväksymiä. Yksinkertaistettuna tämä tarkoittaa sitä, että tutkija tuntee oman alan tieteellisen kirjallisuuden ja käyttää asianmukaisia tietolähteitä. (Vilka 2007, 29-30.)

Olemme toimineet tutkimuksen alkuvaiheesta asti hyvää tutkimusetiikkaa noudattaen. Tutkimuksen teoriaosan kirjoittamisessa, aineiston keruussa ja sen analysoinnissa olemme toimineet huolellisuutta noudattaen ja rehellisesti. Tämä näkyy mm. lähteiden huolellisessa merkitsemisessä. Kysyimme myös luvan toimeksiantajan nimen käyttöä varten. (Vilka 2007, 30, 33.)

Ennen tutkimuksen aloittamista anoinme kirjallisen luvan opinnäytetyön tekemiseen kohdeyksiköltä. Lähetimme haastateltaville etukäteen myös infokirjeen (LIITE 2), jossa kerrottiin opinnäytetyöstämme ja siihen liittyvästä haastattelusta. Kirje sisälsi haastattelukysymykset (LIITE 1) sekä erillisen suostumus tutkimukseen – lomakkeen (LIITE 3). Ennen haastattelua keskustelimme vielä haastattelun luonteesta haastateltavien kanssa ja saimme allekirjoitukset suostumuslomakkeeseen.

9.3 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksessa oli tarkoitus kuvata sairaanhoitajien näkemyksiä hyvästä heräämöhoidosta päiväkirurgisella leikkausosastolla. Sairanhoitajien vastausten mukaan heräämöhoidon tavoitteena on, että potilas kotiutuu hyvävointisena ja on saanut kattavat ja ymmärrettävät ohjeet jatkohoidosta kotona. Samat tavoitteet ilmenivät myös käytetyissä lähteissä (Lukkari ym. 2010, 362 ; Korttila 2005, 460; Mattila 2011, 8). On myös tutkittu, että hyvällä sairaanhoitajalla on ohjaustaitoa ja kykyä antaa selkeätä informaatiota (Leino-Kilpi 1990, 123). Sairanhoitajien vastausten mukaan heräämön tilaratkaisuilla on suuri merkitys potilaan hoidossa ja toipumisessa. Heräämössä ei saa olla hälyä ja turhaa liikennettä ja tilaa työskentelyyn tulee olla riittävästi. Kirjallisuudesta löytyi myös esimerkkejä heräämön hyvistä tilaratkaisuista. Yhteydet saliin ja osastoille tulee olla hyvät (Lukkari ym. 2007, 361). Mutta myös henkilökunnan sosiaalitulat voisivat olla lähellä, jotta tauolla oleva henkilökunta on tarvittaessa saatavilla (Hatfield & Tronson 2011, 537-539).

Haastatteluun vastanneet sairaanhoitajat olivat yksimielisiä kysyttäessä potilaan tarkkailusta heräämössä. Sairanhoitajat pitivät potilaan vitaalielintoimintojen valvontaa ja yksilöllistä huomiointia oleellisina asioina. Kirjallisuuteen verraten nämä asiat olivat yhtäläisiä (Hamlin ym. 2009; Korte ym. 2000). Potilaalta tarkistetaan ensin hengitystoiminnot ja kytketään potilas muihin valvontalaitteisiin, minkä jälkeen heräämöhoitaja saa raportin (Hatfield & Tronson 2011, 4; Lukkari ym. 2007, 365).

Sairanhoitajien vastauksista ilmeni, että sairaanhoitajan pätevyys ja persoonallisuus ovat oleellisia tekijöitä potilaan hoidossa. Kirjallisuuden (Lukkari ym. 2007, 362) mukaan sairaanhoitajan tulee olla ammattitaitoinen ja tehtävään perehdytetty. Leino-

Kilven tutkimuksessa (1990, 125) tietoperustan ja kokemuksen merkitys ilmenee hyvän hoidon edellytyksissä. Haastatteluissamme intuition merkitys nousi esille. Sairaanhoitajan tulee osata lukea potilasta ja luottaa omaan intuitioon. Tutkimuksen mukaan intuition merkitys korostuu etenkin perioperatiivisessa sairaanhoidossa ja sen käytännön työssä (Leino-Kilpi 1990, 122).

Vastausten perusteella päätöksenteko potilaan hoidossa koettiin haastavaksi. Lähteiden mukaan päätöksentekotaito onkin suuressa osassa, sillä työ on ajoittain hektistä ja työ vaatii stressinsietokykyä. Hoidon tarve saattaa muuttua äkillisesti. (Lukkari ym. 2007, 362.) Merkittävänä hoitotyön haasteena haastatellut sairaanhoitajat pitivät yksin työskentelyä. Leino-Kilven tutkimuksessa (1990, 122) nousi esille sairaanhoitajan sopeutumiskyky, joka on tärkeä osa tilanteessa toimimista ja päätöksentekoa. Kirjallisuudessa tähän viitattiin lähinnä itsenäisenä päätöksentekona, mutta haastateltavien mukaan yksinolo tarkoitti enemmänkin huomion ja työn jakamista monen potilaan kanssa, heräämöhoidon eri vaiheissa.

9.4 Kehittämisehdotukset

Vastaavan tutkimuksen voisi toteuttaa esimerkiksi isomman keskus- tai yliopistosairaalan heräämössä. Tällöin haastateltavien määrä olisi suurempi ja tulokset voisivat olla laajempia. Tuloksista voisi nousta esille eroavaisuuksia erilaisten toimenpiteiden ja niiden vaativuuden sekä heräämössä oloajan keston vuoksi. Suuremmissa yksiköissä heräämössä työskentelee usein myös useampi henkilö yhtä aikaa. Haastattelumuoto voisi olla myös erilainen, esim. ryhmähaastattelu, jolloin keskustelun kautta pintaan saattaisi nousta erilaisia näkökulmia.

LÄHTEET

Alasuutari P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. 4. uudistettu painos. Osuuskunta vastapaino: Tampere.

Bjälje J.G., Haug E., Sand O., Sjaastad Ø. V. & Toverud K.C. 2009. Ihminen. Fysiologia ja anatomia. 1.-6. painos. Suom. Meditrans Oy. WSOY: Helsinki.

Hamlin L., Richardson-Tench M. & Davies M. 2009. Perioperative nursing. Mosby: Elsevier.

Hankela S. 1999. Intraoperatiivinen hoitotyö. Empiiriseen aineistoon perustuvan teorian kehittäminen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Vammalan Kirjapaino Oy: Vammala.

Hatfield A. & Tronson M. 2009. The complete recovery room book. Fourth edition. Oxford University press.

Hatfield A. & Tronson M. 2011. The complete recovery room book. Fourth edition, reprinted. Oxford University press.

Heino T. 2007. Ymmärtääkö potilas ohjauksen sisällön? *Pinsetti* (2), 5.

Helovuori A., Kinnunen M., Peltomaa K. & Pennanen P. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Fioca Oy: Helsinki.

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Tammi: Helsinki.

Iivanainen A. & Syväoja P. 2008. Hoida ja kirjaa. 1.-3. painos. Tammi: Helsinki.

Järvimäki V. 2006. Kipupotilaan tutkiminen. Teoksessa Rosenberg P., Alahuhta S., Lindgren L., Olkkola K. & Takkunen O. (toim.) 2006. Anestesiologia ja tehohoito. 2. uudistettu painos. Duodecim: Helsinki.

Kangas-Saarela T. 2005. Kenelle päiväkirurgia sopii? *Finnanest* 38 (5), 458. Luettu 28.11.2012 http://www.finnanest.fi/files/oper_kangassaarela.pdf

Knopf C., Rotko N. & Koivuranta M. 2010. Postoperatiivinen pahoinvointi ja oksentelu -the big little problem. *Finnanest* 43 (5), 408, 411-412.

Kontinen V., Jokela R., Ravaska P., Rautakorpi P. & Hamunen K. 2012. Suositus akuutin leikkauksenjälkeisen kivun ja kivun hoidon kirjaamisesta. *Finnanest* 45 (2), 119. Luettu 28.11.2012 http://www.finnanest.fi/files/nyt_suositus.pdf

Korte R., Rajamäki A., Lukkari L. & Kallio A. 2000. Perioperatiivinen hoito. 2. painos. WSOY: Porvoo.

Korttila K. 2005. Voiko kotiuttaminen tai toipuminen olla este päiväkirurgialle? *Finnanest* 38 (5), 460. Luettu 28.11.2012 http://www.finnanest.fi/files/oper_korttila.pdf

Lahtinen J., Alanko A., Korttila K., Kotilainen H., Laatikainen L., Nenonen M., Permi J., Punnonen H., Rihkanen H., Tenhunen A. & Toivonen J. 1998. Päiväkirurgia. Suomen Kuntaliitto: Helsinki.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992).

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994).

Laurila P. 2006. Tulehduskipulääkkeet. Teoksessa Rosenberg P., Alahuhta S., Lindgren L., Olkkola K. & Takkunen O. (toim.) 2006. Anestesiologia ja tehohoito. 2. uudistettu painos. Duodecim: Helsinki.

Leino-Kilpi H. & Vuorenheimo J. 1992. Potilas hoidon laadun arvioijana. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja nro 68. Helsinki.

Leino-Kilpi H. 1990. Hyvän hoitamisen arviointiperusteet. Lääkintähallituksen julkaisuja nro 163. Helsinki.

Leino-Kilpi H., Walta L., Helenius H, Vuorenheimo J. & Välimäki M. 1994. Hoidon laadun mittaaminen. Potilaslähtöisen Hyvähoito-mittarin kehittäminen ja mittarilla saadut tulokset. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja nro 151. Helsinki.

Lindgren L. 2006. Homeostaasi ja sokki. Teoksessa Roberts P.J., Alhava E., Höckerstedt K. & Kivilaakso E. (toim.) 2006. Kirurgia. Duodecim: Helsinki.

Lukkari L., Kinnunen T. & Korte R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. WSOY oppimateriaalit Oy.

Lukkari L., Kinnunen T. & Korte R. 2010. Perioperatiivinen hoitotyö. 1-2. painos WSOYpro Oy.

Lukkarinen H., Virsiheimo T., Hiivala K., Savo M. & Salomäki T. 2012. Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle. Hoitotyön tutkimussäätiö. Luettu 20.9.2012.
http://www.hotus.fi/system/files/KK_heraamohoito.pdf

Läkelaki (395/1987).

Mattila K. 2011. Päiväkirurgia Suomessa. Finnanest 44, (1), 35, 37.

Mattila K. 2011. Päiväkirurgisen potilaan valintakriteerit. Pinsetti (3), 8.

Niemi-Murola L. & Mäntyranta T. Potilasturvallisuus on yhteinen asiamme. Finnanest 2011 4 (1), 21. Luettu 18.12. 2012 http://www.finnanest.fi/files/1niemi-murola_potilasturvallisuus.pdf

Nurminen M-L. 2008. Lääkehoito. 7.-9. painos. WSOY Oppimismateriaalit Oy: Helsinki.

Pitkänen M. 2006. Puudutteet. Teoksessa Rosenberg P., Alahuhta S., Lindgren L., Olkkola K. & Takkunen O. (toim.) 2006. Anestesiologia ja tehohoito. 2. uudistettu painos. Duodecim: Helsinki.

Potilasvahinkolaki (585/1986).

Salomäki T. & Rosenberg P. 2006. Leikkauksenjälkeinen kivun hoito. Teoksessa Rosenberg P., Alahuhta S., Lindgren L., Olkkola K. & Takkunen O. (toim.) 2006. Anestesiologia ja tehohoito. 2. uudistettu painos. Duodecim: Helsinki.

Saranto K., Ensio A., Tantu K. & Sonninen A-L., 2007, Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY oppimateriaalit oy: Helsinki.

Sinivuo R. & Paavilainen E. 2011. Perheen ja sen kulttuuritaustan rooli päiväkirurgisessa hoidossa: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Hoitotiede 23(1) 38-39.

Smith C.M. 2005. Origin and Uses of Primum Non Nocere -Above All, Do No Harm! The Journal of Clinical Pharmacology 45 (4), 371. Luettu 28.11.2012 <http://jcp.sagepub.com/content/45/4/371.abstract>

STM 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2009:3. Luettu 28.11.2012
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf

Swearingen P.L. 2003 Manual of medical-surgical nursing care. 5.painos. Mosby: St. Louis.

Tampereen kaupunki. Mitä on päiväkirurgia? Luettu 4.5.2012. Päivitetty 12.6.2010
<http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/sairaalat/hatanpaa/paivakirurgia/mita.html>

Teerijoki J. 2008. Perioperatiivisen hoidon laatu potilaiden arvioimana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu –tutkielma.

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu laitos. Tammi: Helsinki.

Vaasan keskussairaala. Esikäynti preoperatiivisella poliklinikalla A1. Päivitetty 7.9.2011. Luettu 12.9.2012.
http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Potilaat__asiakkaat__omaiset/Osastot_ja_toimenpideyksikot/Gastrokirurgia_-_Vatsaelinkirurgia_T3/Sunniteltu_leikkaus/Esikaynti_preoperatiivilla_poliklinikalla_A1

Valanne J. 2005. Johdatus laadukkaaseen päiväkirurgiaan. Finnanest 38 (5), 455. Luettu 28.11.2012 http://www.finnanest.fi/files/oper_valanne.pdf

Valvira 2012. Ohjaus ja valvonta. Luettu 28.11.2012
http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta

Vilkka H. 2007. Tutki ja kehitä. 1-2. painos. Tammi: Helsinki.

LIITTEET Liite 1. Aiheeseen liittyvät tutkimukset

1(4)

Tutkimus	Tarkoitus, tehtävät, tavoitteet	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Hankela (1999)</p> <p>Intraoperatiivinen hoitotyö. Empiiriseen aineistoon perustuvan teorian kehittäminen.</p> <p>Akateeminen väitöskirja</p>	<p>Tarkoitus: Muodostaa hoitotyön teoria, jolla selkiytetään intraoperatiivista hoitotyötä.</p> <p>Tehtävät: 1. Mitkä ovat intraoperatiivista hoitotyötä kuvaavat käsitteet? 2. Minkälaisia ovat intraoperatiivista hoitotyötä kuvaavien käsitteiden väliset suhteet? 3. Minkälaisia sosiaalisia prosesseja, vaihteluita ja ajallisia muutoksia liittyy potilaiden kokemuksiin intraoperatiivisesta hoitotyöstä ja minkälaiset tekijät selittävät näitä vaihteluita?</p> <p>Tavoite: Vahvistaa perioperatiivisen hoitotyön omaa tieteellistä tietoperustaa</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Tampereen yliopistollisen sairaalan kaksi kirurgian vuodeosastoa</p> <p>N= 22 potilasta, 2 avaininformanttia henkilöä</p> <p>Haastattelu, videomateriaalin havainnointi</p> <p>Analyysimenetelmä: Grounded theory</p>	<p>Intraoperatiivinen hoitovaihe merkitsi tekonivelleikkauspotilaille elämänlaadun paranemiseen liittyvää mahdollisuutta.</p> <p>Leikkauksen luonne vaikutti siihen, että potilaat kokivat intraoperatiivisen hoitovaiheen aikana sisäistä turvattomuutta.</p> <p>Ulkoisen turvallisuuden ja turvattomuuden kokemukset olivat yhteydessä itsemääräämisoikeuteen ja leikkausosastoon hoitoympäristönä.</p> <p>Leikkausosaston ympäristö koettiin monella tapaa merkitykselliseksi. Potilaiden turvallisuuden kokemusta ja selviytymistä auttoi perioperatiivisten sairaanhoitajien humaani toimintatapa.</p>
<p>Leino-Kilpi, Vuorenheimo (1992)</p> <p>Potilas laadun arvioijana.</p> <p>Sosiaali- ja terveyshallituksen tut-</p>	<p>Tarkoitus: Kuvata terveystalvelujen käyttäjän näkemystä tavoittelavasta hoidon laadusta ja hoitotyöstä sen toteuttajana.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä</p> <p>Kaksi sairaalaa, yhteensä yhdeksän vuodeosastoa.</p>	<p>Potilaiden yleinen tyytyväisyys: yli puolet potilaista oli erittäin tyytyväisiä saamaansa hoitoon.</p> <p>Humaanisuus ja suoriutuminen: yli puolet potilaista piti hyvän hoitajan</p>

kimus.	Tehtävä: Kliinisen-hoitotyön laadun määrittely ja arviointiperusteiden kehittäminen.	N=132 potilasta Analyysimenetelmä: kvalitatiivinen analyysimenetelmä	ominaisuutena suoriutumiseen liittyviä piirteitä. Tiedonsaanti: 61 % potilaista piti tiedonsaantia riittävänä.
<p>Leino-Kilpi, Walta, Helenius, Vuoreneheimo, Välimäki (1994)</p> <p>Hoidon laadun mittaaminen. Potilaslähtöisen HYVÄ HOITO -mittarin kehittäminen ja mittarilla saadut tulokset.</p> <p>Sosiaali -ja terveysalan tutkimus -ja kehittämiskeskusten tutkimus.</p>	<p>Tarkoitus: Kehittää osaltaan kliinisen hoidon laatua ja sitä mittaavia välineitä.</p> <p>Tehtävät: Määrittää hoidon laadun arviointiperusteita hoitohenkilökunnan ja potilaiden näkökulmasta.</p> <p>Laatia hoidon laadun mittausvälineitä ja testata niitä hoitotodellisuudessa.</p> <p>Täsmentää laadittua hoitoperusteiden järjestelmää valtakunnalliseen käyttöön soveltavaksi.</p> <p>Tavoite: Suomalaisten sairaalapotilaiden hoidon laadun mittaaminen.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus.</p> <p>Kolme suomalaista sairaalaa.</p> <p>N=404 potilasta.</p> <p>Analyysimenetelmä: Tilastollinen aineistoanalyysi.</p>	<p>Hoitohenkilökunnan ominaisuudet ovat potilaille tärkeitä.</p> <p>Hoitoon liittyvät tehtävään ja ihmiseen suuntautuvat toiminnot olivat erittäin tärkeitä potilaille.</p> <p>Hoidon edellytykset (tila, tekniset välineet, henkilökunnan tiedot ja taidot) koettiin erittäin tärkeiksi.</p> <p>Hoitoprosessin eteneminen oli erittäin tärkeää yli (70 % vastaajista)</p> <p>Potilaan omat selviytymisstrategiat ovat tärkeitä potilaalle ja edistävät paranemista.</p>
<p>Sinivuo, Paavilainen (2010)</p> <p>Perheen ja sen kulttuuritaustan rooli päiväkirurgisessa hoidossa: systemaattinen</p>	<p>Tarkoitus: Kuvata perheen roolia päiväkirurgisen potilaan hoidossa ja perheen kulttuuritaustan vaikutusta perheenjäsenen hoitoon.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus</p> <p>20 tieteellistä artikkelia</p> <p>Analyysimenetelmä: induktiivinen</p>	<p>Perhe mahdollistaa päiväkirurgisen hoidon, mutta perheenjäsenet saavat vain vähän tai eivät ollenkaan ohjausta ja tietoa läheisensä hoidosta.</p> <p>Perheenjäsenet halusivat</p>

<p>kirjallisuus katsaus.</p> <p>Tampereen yliopiston tutkimus.</p> <p>Teerijoki (2008)</p> <p>Perioperatiivisen hoidon laatu potilaiden arvioimana</p> <p>Pro gradu-tutkielma</p>	<p>Tarkoitus: Kuvata hoidon laatua perioperatiivisten potilaiden arvioimana</p> <p>Tehtävä: Kehittää jatkuva palautejärjestelmä leikkaus – ja anestesiahoidon laadun arviointiin</p> <p>Tavoite: Hoidon laadun kehittäminen, työtyytyväisyyden parantaminen ja osaamisen kehittäminen</p>	<p>sisällönanalyysi</p> <p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Keski-Suomen keskussairaala, 6 vuodeosasto</p> <p>N= 180 potilasta</p> <p>Strukturoitu kyselylomake</p> <p>Tilastollinen menetelmä (SPSS)</p>	<p>osallistua läheisensä hoitoon jo sairaalassa nykyistä enemmän.</p> <p>Perheen kulttuurista vaikuttaa perheenjäsenien rooliin hoidossa ja hoitoon liittyviin odotuksiin sekä siihen, miksi läheistä hoidetaan.</p> <p>Fyysinen hoito koettiin hyväksi.</p> <p>Suurin osa potilaista saanut tietoa riittävästi.</p> <p>Puolet vastaajista kokivat, että heidän omatoimisuuttaan tuettiin.</p> <p>80 % vastaajista koki kohtelun olleen huomaavaista.</p> <p>Yli puolet vastaajista koki, että hoito eteni sujuvasti.</p>
<p>Leino-Kilpi (1990)</p> <p>Hyvän hoitamisen arviointiperusteet</p> <p>Lääkintöhallituksen tutkimus</p>	<p>Tarkoitus: Kehittää empiirisen aineiston avulla hyvää hoitamista ja sen arviointiperusteita kuvaava käsitejärjestelmä.</p> <p>Tehtävät: 1. Mitkä ovat hyvää hoitamista kuvaavat käsitteet? 2. Miten hyvää hoitamista kuvaavat käsitteet suhteutuvat toisiinsa? 3. Minkälaisen kokonaisuuden käsitteet muodostavat?</p> <p>Tavoite: Pyrkimy-</p>	<p>Induktiivinen ja laadullinen tutkimus</p> <p>Sairaanhoidon opettajia + hoitajia N=513</p> <p>Kysely, videoidun toiminnan arviointi ja toiminnan havainnointi</p> <p>Grounded teoria.</p>	<p>Hoitaminen on inhimillistä toimintaa.</p> <p>Hyvä hoito on hoitaja lähtöistä.</p>

	senä tuottaa käsitejärjestelmä, jolla arvioidaan: Hoidon kokonaislaatu, opiskelijoiden oppimisen laadun arviointi, sekä hoitokäytäntöjen arviointi.		
--	---	--	--

Liite 2. Teemahaastattelun kysymykset

1. Mihin leikkauksen jälkeisellä heräämöhoidolla pyritään
2. Mitä asioita kuuluu potilaan tarkkailuun heräämössä?
3. Millaisia ominaisuuksia hyvältä heräämöhoitajalta vaaditaan?
4. Mitä asioita koet haasteelliseksi heräämöhoitajan työssä?
5. Millainen on hyvän heräämön tilaratkaisu ja ympäristö?



Liite 3. Infokirje

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Infokirje 4.5.2012

Hyvä vastaanottaja!

Opiskelemme Tampereen ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajiksi. Teemme opinnäytetyön osastollenne. Opinnäytetyömme käsittelee päiväkirurgisen potilaan tarkkailua ja toipumista heräämössä. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millaista on hyvä heräämöhöhoito terveyskeskuksen leikkausosaston sairaanhoitajien kokemana. Tutkimuksemme keräämme aineistoa haastatteleamalla osaston työntekijöitä.

Pyydämme teitä ystävällisesti osallistumaan tutkimuksemme. Ohessa on suostumuslomake ja haastattelurunko, jotta voitte valmistautua haastatteluun. Otamme teihin yhteyttä osastonhoitajanne kautta ja voimme yhdessä sopivan haastatteluajan. Mikäli teillä on haastatteluun tai työhömmme liittyviä kysymyksiä voitte ottaa yhteyttä meihin puhelimitse tai sähköpostitse, vastaamme kysymyksiin mielellämme.

Odotamme innolla yhteistyötä, ystävällisin terveisin.

Eero Lyytinen

eero.lyytinen@piramk.fi

puh. 044-2797174

Verna Taimio

verna.taimio@piramk.fi

puh. 040-7221657

Liite 4. Suostumuslomake



SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Tutkimuksen nimi: Päiväkirurgisen potilaan tarkkailu ja toipuminen – hyvän hoidon kriteerit heräämössä

Tutkimuksen toteuttajat: Eero Lyytinen ja Verna Taimio. Tampereen ammattikorkeakoulu.

Tutkimuksen toteutus: Keräämme aineiston haastattelemalla osaston työntekijöitä. Haastattelut nauhoitetaan.

Aineiston suojaus: Haastattelut ovat luottamuksellisia ja tunnistetiedot tulevat ainoastaan tutkijoiden käyttöön. Analysoinnin jälkeen kerätty aineisto tuhoaan.

Tällä lomakkeella suostun osallistumaan edellä mainittuun tutkimukseen. Tutkijoilla on oikeus käyttää haastattelustani saamaansa aineistoa tutkimukseensa. Minulla on kuitenkin mahdollisuus koska tahansa peruuttaa osallistumiseni tutkimukseen ilmoittamalla siitä tutkimuksen tekijöille.

Ymmärrän lomakkeessa mainitut asiat ja allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tutkimukseen.

Aika ja paikka _____

Allekirjoitus _____

Nimenselvennys _____