



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

POTILAAN YKSITYISYYDEN TOTEUTUMI- NEN HERÄÄMÖN HOITOTYÖSSÄ

Hoitotyön näkökulma

Mervi Ahonen

Marika Korkalainen

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2016

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

AHONEN MERVI & KORKALAINEN MARIKA:
Potilaan yksityisyyden toteutuminen heräämön hoitotyössä
Hoitotyön näkökulma

Opinnäytetyö 45 sivua, joista liitteitä 4 sivua
Maaliskuu 2016

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa potilaan yksityisyyden toteutumista heräämössä hoitotyön näkökulmasta. Työ toteutettiin yhteistyössä erään Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluvan anestesia- ja leikkausosaston kanssa. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, mitä yksityisyydellä tarkoitetaan, havainnoimalla kartoittaa yksityisyyden toteutumista ja kuvata toteutumisen nykytilannetta henkilökunnalle. Tavoitteena oli lisätä hoitajien tietoa potilaan yksityisyydestä ja sen suojaamisesta sekä antaa tarvittaessa ideoita toiminnan ja tilojen kehittämiseksi. Opinnäytetyö tehtiin kvantitatiivista havainnointitutkimusta käyttäen ja tulokset analysoitiin kuvailevalla sisällönanalyysillä. Havaintoja kerättiin yhteensä 120 tilanteesta. Työn ulkopuolelle rajattiin lapsipotilaat lupakysymysten vuoksi sekä kirjaamisessa käytetyt tietojärjestelmät niiden laajuuden vuoksi.

Opinnäytetyön tulosten perusteella vuorovaikutuksellisia hoitotyön keinoja käytettiin pääasiassa heräämön hoitotyössä hyvin. Huomioitavia kohtia vuorovaikutuksessa oli keskustelun kuuluvuuden säätely, luvan kysyminen vuoteenvierusraporttiin, sekä tulevista koskettamisesta informointi potilaalle. Sen sijaan sosiaalisen yksityisyyden rajoittamiseen ei yleensä tarjottu potilaalle mahdollisuutta tai tiedusteltu potilaan halua tähän. Eri-laisia fyysisen suojauksen apuvälineitä käytettiin hyvin yleisesti, mutta joidenkin suojainten käytännöllisyydessä sekä tarkoituksenmukaisuudessa havaittiin heikkouksia.

Johtopäätöksinä voidaan todeta, että potilaiden yksityisyyttä pyritään huomioimaan ja suojelemaan hoitotyön keinoin hyvin. Opinnäytetyön tutkimuksessa ilmeni kuitenkin joi-takin lisähuomion tarpeita sekä puute kappa-suojaimen tarkoituksenmukaisuudessa. Opinnäytetyön pohjalta jatkotutkimusaiheiksi nousivat seuraavat kysymykset: miten po-tilaat kokevat yksityisyyden toteutumisen, millaista yksityisyyttä ja kuinka paljon he ko-kevat tarvitsevansa. Lisäksi on tärkeää selvittää hoitajien kokemuksia yksityisyyden to-teutumisesta ja haasteista sen toteutumisessa.

Asiasanat: potilaan yksityisyys, perioperatiivinen hoitotyö, heräämö, hoitotyö herää-mössä

ABSTRACT

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

AHONEN MERVI & KORKALAINEN MARIKA:
The Realization of Patient Privacy in Recovery Room Nursing
From Nursing Perspective

Bachelor's thesis 45 pages, appendices 4 pages
March 2016

The purpose of this thesis was to gather information about realization of patient privacy in a recovery room from a nursing perspective. The further aim was to increase nurses' knowledge about patient privacy and how to support it during nursing.

This thesis was conducted using a quantitative observation method. The data were collected from 120 different nursing situations. The results were analyzed through descriptive content analysis.

The results showed that interactional nursing skills were used quite well to protect and support patients' privacy. Points to note were controlling the speech volume in conversations, asking permission for bedside report and informing a patient before touching. The results also showed that patients were usually not given a chance to restrict their social relations. However, physical protection was well considered by using different kind of barriers to restrict visual showing of the patient although some barriers were challenging to use. One barrier that was used was inadequate and could not visually protect the patient from other patients.

The findings indicate that patient privacy is observed and supported well by using different nursing skills. However, one barrier that is used for patients' physical protection was inadequate and needs attention. By conclusion further research is needed on patients' experiences of realization of privacy, what kind of privacy patients need and how much? In addition it is important to study how nurses experience realization of patients' privacy and what kind of challenges they face while trying to observe and support patients' privacy during nursing.

Key words: patient privacy, perioperative nursing, recovery room, nursing in recovery room

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
	3.1. Teoreettinen viitekehys.....	8
	3.2. Potilaan yksityisyys	9
	3.2.1 Fyysinen yksityisyys	10
	3.2.2 Psykkinen yksityisyys	11
	3.2.3 Sosiaalinen yksityisyys	11
	3.2.4 Tiedollinen yksityisyys	12
	3.3. Perioperatiivinen hoitotyö.....	13
	3.3.1 Heräämö	16
	3.3.2 Hoitotyö heräämössä.....	17
4	KVANTITATIIVINEN TUTKIMUS	20
	4.1. Tutkimusmenetelmä.....	20
	4.2. Tutkimuksen kohderyhmä ja otos.....	21
	4.3. Aineiston keruu.....	22
	4.4. Aineiston analyysimenetelmä	24
	4.5. Opinnäytetyön aikataulun kuvaus.....	24
5	TULOKSET	26
	5.1. Tulosten esittely.....	26
	5.2. Tulosten tarkastelu	29
6	POHDINTA.....	35
	6.1. Opinnäytetyön eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelu	35
	6.2. Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset	38
	6.3. Oman oppimisen pohdinta	39
	LÄHTEET.....	40
	LIITTEET	42
	Liite 1. Saatekirje	42
	Liite 2. Havainnointi lomake.....	43

1 JOHDANTO

Ihmisen perusoikeuksiin kuuluu yksityisyys ja sen kunnioittaminen. Hoitotyön kannalta jokaisen yksilön oikeudet määritellään laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Sairaanhoidajan eettisten ohjeiden mukaan hänen tehtävänä on pyrkiä edistämään potilaan yksilöllistä hyvää oloa ja luomaan hoitokulttuurin, jossa ihmistä arvostetaan yksilönä, jokaisen erilaiset tarpeet kunnioittavasti huomioiden (Sairaanhoidajaliitto 2014). Yksityisyys on kuitenkin käsitteenä laajempi, kuin usein ajatellaan ja toisinaan sen ymmärtää vain puutosten ilmettyä (Leino-Kilpi, Hupli & Salanterä 2002, 73).

Kansainvälisesti tunnettu Association of periOperative Registered Nurses (AORN) julkaisi 2014 päivitettyt, uudet perioperatiivista hoitotyötä koskevat standardit eli laatuvaatimukset sekä suositukset, joiden avulla se pyrkii ylläpitämään ja kehittämään hoitotyötä potilaslähtöisemmäksi. Standardien ja suositusten lähtökohtana ovat potilaan oikeus yksityisyyteen, luottamuksellisuuteen, yksilön kunnioittamiseen sekä laadukkaaseen terveyden hoitoon (AORN 2014, 1, 3,11,27). AORN:in aiempien standardien pohjalta Euroopan leikkausosaston sairaanhoitajien yhdistys (European Operating Room Nurses association, EORNA) julkaisi jo vuonna 2009 perioperatiivisen sairaanhoitajan osaamisalueiden viitekehyksen. Viitekehyksen mukaan yksi sairaanhoitajilta vaadittavista osaamisalueista on potilaan arvokkuuden, yksityisyyden ja luottamuksellisuuden ylläpitäminen. (EORNA Educational Committee 2009, 1.)

Potilaan yksityisyyden turvaamista ja ylläpitämistä pidetään siis yhtenä hyvän hoidon lähtökohdista ja perioperatiivisen sairaanhoitajan ammattitaidon osaamisalueista. Hoitotyön laatuun ja potilaan oikeuksiin onkin viime aikoina kiinnitetty entistä enemmän huomiota. Vaikka yksityisyyden huomioimisen on todettu lisäävän potilaiden myönteisiä kokemuksia hoidon laadusta (Rosqvist 2003, 23.), ja aihe on edelleen hyvin ajankohtainen ja tärkeä, on sitä kuitenkin tutkittu varsin vähän.

Aiheen opinnäytetyöhön saimme Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuuluvan toimintayksikön anestesia- ja leikkausosastolta, jossa oli herännyt kiinnostus selvittää potilaan yksityisyyden toteutumista heidän heräämöissään ja tämän kautta kehittää toimintaansa yksityisyyttä kunnioittavammaksi. Koemme aiheen kiinnostavaksi ja hyväksi oppimisen

mahdollisuudeksi oman, tulevan ammattimme kannalta, sillä tulevat työpaikkamme saattavat olla juuri heräämöissä. Työelämätahon kiinnostus aiheeseen toimii myös motivaation kasvattajana tutkimuksen tekemiselle, sillä koemme tärkeäksi etsiä tietoa aiheesta, jolla voimme tukea hoitotyön kehittämistä ja sitä kautta lisätä potilaiden myönteisiä kokemuksia hoidon laadusta.

Opinnäytetyössä perehdymme yksityisyyden käsitteisiin ja tarkastelemme niiden huomioimista hoitotyön näkökulmasta erilaisten heräämöissä tapahtuvien hoitotilanteiden lomassa sekä mahdollisen toimintaympäristön asettamien haasteiden valossa. Haasteita heräämötoiminnassa asettaa esimerkiksi se, että vuorovaikutus- ja hoitotilanteita on paljon, potilaiden orientaatio on usein heikentynyttä erilaisten toimenpiteiden ja/tai lääkeaineiden vaikutuksesta ja samassa tilassa on yhtä aikaa useampi potilas. Tutkimuksessamme havainnoimme heräämöissä tapahtuvia potilaiden vuorovaikutus- ja hoitotilanteita yksityisyyden huomioimisen kannalta.

Opinnäytetyön tutkimus on rajattu yhteistyössä työelämätahon kanssa koskemaan kaikkia ennalta sovittujen havainnointipäivien yli 18-vuotiaiden potilas-hoitaja kontakteja. Lapsipotilaiden hoitotyö rajataan tutkimuksen ulkopuolelle lupakäytänteiden sekä vähäisen potilasmäärän vuoksi. Hoitotyön kirjaamisessa käytettävät potilastietojärjestelmät rajataan myös opinnäytetyön ulkopuolelle niiden laajuuden vuoksi.

Aiemman hoitoalan työkokemuksen perusteella oletamme, että heräämö ympäristönä asettaa haasteita potilaan yksityisyyden toteutumiselle. Tilallisten ratkaisujen lisäksi hoidon intensiivisyys ja anestesoissa käytettyjen lääkeaineiden vaikutukset potilaiden orientaatioon ja ymmärrykseen saattavat asettaa omat haasteensa hoitotyölle heräämön tiloissa.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää potilaan yksityisyyden toteutumista Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluvan anestesia- ja leikkausosaston heräämöissä.

Opinnäytetyön tehtävinä olivat

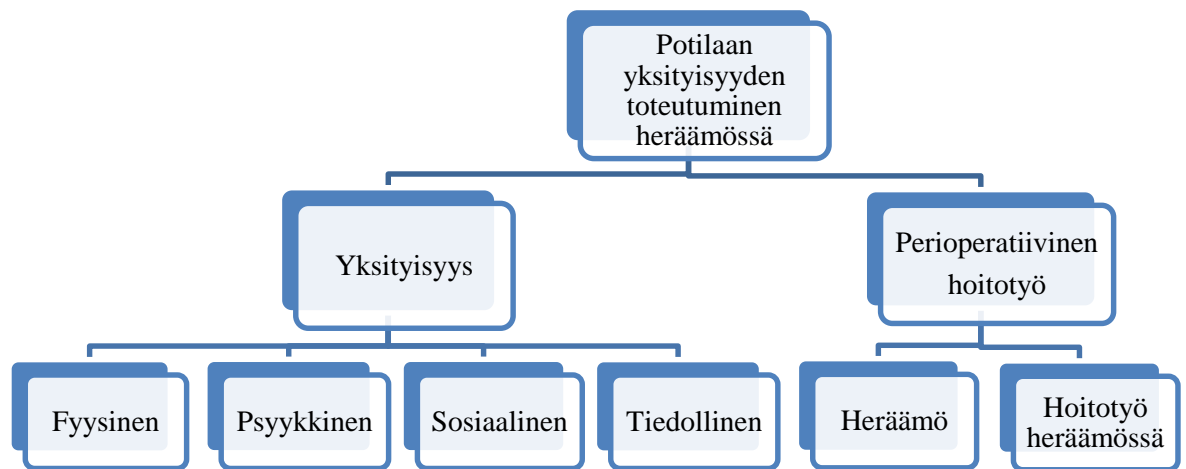
1. selvittää mitä yksityisyydellä tarkoitetaan
2. havainnoimalla kartoittaa yksityisyyden toteutumista heräämöissä hoitotyön näkökulmasta
3. kuvata yksityisyyden toteutumisen nykytilannetta perioperatiivisessa yksikössä työskentelevälle hoitohenkilöstölle.

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä hoitajien tietoa potilaan yksityisyydestä ja sen suojaamisesta. Opinnäytetyön tutkimuksen pohjalta kyseinen hoitoyksikkö voi tarvittaessa kehittää työskentelytapojaan ja suunnitella jatkossa toimintoja sekä toimitiloja yksityisyyttä tukevammiksi.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1. Teoreettinen viitekehys

Tämän opinnäytetyön teoreettisena lähtökohtana ovat potilaan yksityisyys ja sen toteutuminen heräämössä. Työssä avataan keskeiset käsitteet yksityisyys ja perioperatiivinen hoitotyö. Perioperatiivinen hoitotyön jaotellaan tarkemmin vielä heräämön sekä heräämössä tapahtuvan hoitotyön käsitteisiin. Jotta yksityisyyttä olisi helpompi hahmottaa käsitteenä ja yhdistää se konkreettisiin hoitotyön tilanteisiin sekä potilaskontakteihin, avataan opinnäytetyössä yksityisyyden käsitettä pienempiin kokonaisuuksiin. Leino-Kilven ja Välimäen (2012, 147) mukaan yksityisyys jaotellaan usein neljään osaan: fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja tiedolliseen yksityisyyteen. Tämän opinnäytetyön teoreettisissa lähtökohdissa on käytetty edellä mainittua jaottelua yksityisyyden käsitteiden avaamisessa (kuvio 1).



KUVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat

3.2. Potilaan yksityisyys

Hoitotyössä yksi keskeisistä periaatteista potilaan kannalta on yksityisyys ja sen kunnioittaminen, joka on osa potilaan fyysisen ja psyykkisen koskemattomuuden kunnioittamista (Leino-Kilpi ym. 2002, 8-9; AORN 2014, 22). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) ohjaa potilaan yksityisyyden säilyttämistä seuraavasti; ”Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan.” Hoitotyössä on tärkeää ottaa huomioon kaikki yksityisyyden osa-alueet, sillä niillä on vaikutusta potilaan fyysiseen, psyykkiseen, emotionaaliseen ja hengelliseen hyvinvointiin (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 146; AORN 2014, 22-23).

Hoitotyön ammattilaisten on ymmärrettävä yksityisyys käsitteenä sekä sen merkitys hoitotyön kannalta. Yksityisyyden säilymisellä tai säilymättömyydellä on vaikutuksia potilaan ja hoitohenkilökunnan väliseen vuorovaikutussuhteeseen ja sairaalaan sopeutumiseen sekä hoitomyöntyvyyteen. Näillä on edelleen vaikutusta potilaan hoitoon sitoutumiseen ja potilaan toipumiseen sekä potilaan kokemuksiin saamansa hoidon tehokkuudesta ja laadusta. Yksityisyyttä ei siis missään tapauksessa tulisi jättää huomioimatta, joko tietoisesti tai tietämättömyyttään, sillä sen vaikutukset voivat olla hyvinkin laajat ihmisen käsitykseen itsestään ihmisestä ja arvokkaana yksilönä. (Leino-Kilpi ym. 2002, 8-9; Rosqvist 2003, 29-31.)

Jokaisella yksilöllä on erilainen raja yksityisyydelle sekä erilainen tarve yksityisyyden säilyttämiselle. Osittain yksityisyyden säilyminen ja säilyttämisen tarve on myös kulttuurisidonnaista. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 146; Burke, LeMone, Mohn-Brown & Eby 2014, 41.) Myös sukupuoli, ikä, koulutus, terveys sekä elämänkaaren eri vaiheet vaikuttavat yksityisyyden säilyttämisen tarpeeseen. Jokaisella yksilöllä on ajoittain tarve yksityisyyteen ja mahdollisuuden säädellä omaa suhdettaan muihin ihmisiin. (Leino-Kilpi ym. 2002, 8-9.)

3.2.1 Fyysinen yksityisyys

Fyysisellä yksityisyydellä tarkoitetaan ihmisen fyysistä ja ruumiillista koskemattomuutta, johon jokaisella on oikeus ja jota tulee kunnioittaa henkilökohtaisena tilana. Myös potilaalla on oikeus fyysiseen yksityisyyteen, jota tulee kunnioittaa, ja halutessaan koskettaa tai lähestyä potilasta, tulee hoitajan kysyä siihen lupa. Jokaisella on oikeus säilyttää yksityisyytensä, jota hän voi ylläpitää säätelemällä henkilökohtaista tilaansa. Henkilökohtaisen tilan käsitys, laajuus sekä muoto vaihtelevat. Joku tarvitsee fyysistä läheisyyttä ja kosketusta normaalissa vuorovaikutustilanteessa, kun taas joku toinen ei voi olla liian lähellä toista ihmistä, vaan tarvitsee tilaa ympärilleen. Myös vieraan ihmisen kosketus voi tuntua epämukavalta. Hoitotyössä potilas saattaa kokea omaa tilaa, ja sitä kautta myös fyysistä yksityisyyttään, loukattavan hoitohenkilökunnan taholta. Esimerkiksi hoitotoimenpide tai hoitohenkilökunnan väärään paikkaan jättämät hoitotarvikkeet saattavat tuntua joistakin potilaista tungettelevilta, henkilökohtaisen reviirin rikkomiselta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 148-149.)

Fyysinen yksityisyys käsittää myös oman kehon suojaamisen vaatetuksella, mahdollisuuden vetäytyä sosiaalisen valvonnan sekä vieraiden katseiden ulottumattomiin (Leino-Kilpi ym. 2002, 10-11). Potilas saattaa kokea myös tahattoman hoitotoimenpiteissä tapahtuvan ruumiinosien paljastumisen nöyryyttävänä ja fyysistä yksityisyyttä loukkaavana. Koska hoitajille se on hoitotyössä tapahtuvaa normaalia toimintaa, sitä ei osata aina mieltää potilasta loukkaavana toimena, ja sen vuoksi asiaan tulisikin kiinnittää enemmän huomioita. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 148-149.)

Heräämössä potilaan vointia, toimenpidealuetta sekä anestesia-aineiden haihtumista seurataan tiiviisti, jolloin hoitajalla on oltava näköyhteys potilaaseen. Tämä saattaa aiheuttaa heräämön tilallisista ratkaisuksista aiheutuvia rajoituksia sekä potilaan suojautumiseen muiden katseilta, että henkilökohtaisen tilan säätelyyn. Hoitajat lähestyvät potilasta usein ja tulevat fyysisesti lähelle vointia tiedustellessaan tai toimenpidealuetta seuratessaan, jolloin potilas saattaa kokea fyysisen yksityisyytensä rajoja rikottavan.

3.2.2 Psyykkinen yksityisyys

Psyykkisellä yksityisyydellä tarkoitetaan ihmisen henkistä koskemattomuutta, jolla yksilö voi määrittellä kuinka lähellä hän on muita ihmisiä henkisesti tai mitä asioita ja kuinka paljon hän jakaa muiden ihmisten kanssa (Leino-Kilpi ym. 2012, 150). Heräämön hoitotyössä hoitaja kontaktit ovat lyhyitä siellä vietetyn ajan vähäisyyden vuoksi, jolloin potilas-hoitaja suhde jää varsin pinnalliseksi, eikä luottamussuhteen syntymiselle jää aikaa.

Vieras ympäristö ja luottamuksen syntymättömyys uusiin ihmisiin lisäävät psyykeen puolustamisen tarvetta. Psyykkisen yksityisyyden määrittämiseen ja rajaamiseen vaikuttaa ihmisen psyykeen yleinen tila ja vointi. Rajaamistarve on kullakin persoonalla yksilöllinen ja tilanteisiin sisältyvät tunnelataukset muuttavat rajauksen tarvetta. Tällöin esimerkiksi esihaastattelussa kysytyt kysymykset saatetaan kokea loukkaavina ja oikeuksia rajoittavina. Sairauden koettu vakavuus ja vaikutus omaan toimintakykyyn vaikuttavat myös yksilön kokemuksiin psyykkisen tilan tarpeesta. Haavoittuvammillaan ovat potilaat, jotka eivät pysty fyysisesti muuttamaan oma-aloitteisesti etäisyyksiä muihin ihmisiin nähden. (Rosqvist 2003, 28-29.) Tällaisia ovat esimerkiksi heräämössä jatkuvan valvonnan alla vuoteessa olevat potilaat.

Psyykkisen tilan koettuun tarpeeseen vaikuttaa hoitohenkilökunnan käytös. Luottamusta herättävä, kohtelias, rehellinen, avoin ja kuunteleva vuorovaikutus pienentävät potilaan henkistä kuormaa ja vähentävät psyykkisen tilan rajaamisen tarvetta. Rauhallinen kohtaminen ja itsemääräämisoikeuden sekä yksityisyyden huomioiminen esimerkiksi kysymysten avulla lisäävät potilaan hoitomyönteisyyttä ja kokemuksia hyvästä hoidosta. Kiire koetaan välinpitämättömyytenä ja yksilöllisyyttä sekä yksityisyyttä loukkaavana tekijänä. (Rosqvist 2003, 29-33.) Heräämössä tulisikin pyrkiä tämän vuoksi säilyttämään kiireetön ja rauhallinen ilmapiiri sekä vuorovaikutuksen keinoin pyrkiä aktiivisesti vaikuttamaan yksityisyyden säilymisen kokemiseen.

3.2.3 Sosiaalinen yksityisyys

Sosiaalisella yksityisyydellä tarkoitetaan yksilön oikeutta ja mahdollisuutta säädellä sosiaalisten suhteidensa määrää sekä niissä tapahtuvaa vuorovaikutusta. Potilas saattaa kokea sosiaalista syrjintää, jos hänellä ei ole esimerkiksi sairaalassa mahdollisuutta tavata

vieraitaan muiden häiritsemättä tai olla omassa rauhassa hänen niin halutessaan. Potilaat saattavat ilmaista halunsa sosiaaliseen yksityisyyteen myös ryhmässä, tai esimerkiksi suuressa potilashuoneessa, vetäytymällä ihmiskontaktin ulkopuolelle. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 12.) Heräämöiden tilalliset sekä potilasturvallisuuteen liittyvät tekijät vaikuttavat potilaan mahdollisuuteen omaan rauhaan vetäytymiselle ja yksityisyyden rajaamiselle.

Keskustelun luonne ja sisältö sekä potilaan kokemuksellisuus vaikuttavat yksityisyyden tarpeeseen. Ihmisiin nähden koetaan usein suurempi välimatkan tarve kuin esineisiin. Tarpeellisen tilan säilyttäminen on voimia kuluttavaa ja epäonnistuessaan aiheuttaa ihmiselle stressiä ja fyysisiä oireita, kuten esimerkiksi verenpaineen nousua. Jopa vieraiden henkilöiden lähestymissuunnalla on merkitystä. Uudet ihmiset kohdataan mieluiten edestäpäin, mutta läsnäolo on suotavampaa ja turvallisempaa sivustakäsin kuin suoraan kasvotusten, jolloin oma tila on helpommin puolustettavissa ja rajattavissa oman liikkumisen avulla. Sairaala-olosuhteissa tämä ei kuitenkaan aina ole mahdollista. (Rosqvist 2003, 24-26; Burke ym. 2014, 41.) Heräämössä keskustelut tapahtuvat aina lähellä potilasta ja ovat usein muiden potilaiden kuultavissa. Keskustelun sisältö, voinnin tiedustelu ja ohjaus, ovat potilasta henkilökohtaisesti koskettavia, jolloin yksityisyyden tarve kasvaa.

3.2.4 Tiedollinen yksityisyys

Tiedollisella yksityisyydellä tarkoitetaan yksilön oikeutta päättää antamansa tiedon ajankohta sekä miten ja missä hän sitä antaa muille ihmisille ja organisaatioille. Hoidon kannalta merkityksellistä on tietää potilaan nykytilaan vaikuttavat tekijät, mutta myös aiemmillä terveystiedoilla saattaa olla merkitystä. Aiempien terveystietojen selvittelyssä on vaarana potilaan tiedollisen yksityisyyden loukkaaminen, koska hoitohenkilökunta saattaa saada tietoonsa potilaasta sellaisia asioita, joita potilas ei halua hoitohenkilökunnan tietävän tai joilla ei ole merkitystä hoidon kannalta. Esimerkiksi yhteiskunnallinen asema, seksuaalinen suuntautuminen tai uskontoon liittyvät asiat saattavat ilmetä potilasasiakirjoista. Myös hoitohenkilökunnan havainnoimalla tekemät huomiot esimerkiksi potilaan perhesuhteista, saattavat olla sellaista tietoa, jota potilas ei tiedä heillä olevan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 151; Kyngäs & Hentinen 2008, 49-50.)

Potilasasiakirjojen luottamuksellisuus on osa tiedollista yksityisyyttä, eivätkä ne saa joutua ulkopuolisten luettavaksi. Potilaalla on oikeus kieltää aiempien potilasasiakirjojen saaminen tai tutkiminen hoitohenkilökunnalta. Potilaan tiedolliseen yksityisyyteen kuuluvat myös potilaan oikeus ja mahdollisuus kertoa sairauksistaan, tuntemuksistaan ja oireistaan muiden potilaiden kuulematta eli potilasta koskevat tiedot eivät siten joudu ulkopuolisten tietoon. Potilaalla on oikeus kieltäytyä esimerkiksi vuoteenvierusraportista ja oikeus olla vastaamatta hoidon kannalta epäoleennaisiin kysymyksiin. Hoitohenkilökunnan on osattava perustella esittämiensä kysymysten tarpeellisuus, sillä se vahvistaa potilaan luottamusta ja sitä kautta potilaan kokemaa yksityisyyttä. (Leino-Kilpi ym. 2002, 13-14; Kyngäs & Hentinen 2008, 49-50.)

Potilaan voinnin ja nopean toipumisen mahdollistamiseksi sairaanhoitajan on oltava tietoinen kaikista mahdollisista riskitekijöistä, joita voi heräämöhoidon aikana ilmetä. Heräämössä tieto potilaan aiemmista sairauksista on olennainen osa sairaanhoitajan työtä. Tietoja etsiessään hoitaja saattaa tahtomattaan törmätä tietoihin, jotka ovat epäoleellisia tämän hetkisen hoidontarpeen kannalta. Heräämössä raportti pidetään vuoteen vierellä, koska se on potilaan voinnin seurannan kannalta luonnollisin paikka raportin pitämiseen. Potilaan oikeus kertoa asioistaan muiden kuulematta saattaa kuitenkin vaarantua vierekkäisten potilaspaikkojen ja intensiivisen hoitotyön tarpeen seurauksena.

3.3. Perioperatiivinen hoitotyö

Perioperatiivinen hoitotyö on hoitotyön osaamisen alue, jossa erityisosaaminen kohdentuu kirurgiseen toimenpide- tai leikkauspotilaan hoitotyöhön. Käsitteenä se kattaa kaiken kirurgiseen potilaaseen kohdistuvan hoitotyön ennen toimenpidettä, sen aikana ja toimenpiteen jälkeen. Yleensä perioperatiivisesta hoitotyöstä puhuttaessa, tarkoitetaan kuitenkin varsinaisella leikkaus- ja anestesiaosastolla tapahtuvaa hoitotyötä. (Goodman & Spry, 2014, 1-2, 15; Lukkari, Kinnunen & Korte 2013, 11-12.)

Perioperatiivinen hoitotyö pohjautuu näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Näyttöön perustuvaa hoitotyötä ovat tieteelliset tutkimukset, hyväksi havaitut toimintanäytöt ja kokemuksiin perustuva tieto. Tieteellisten tutkimusten ja uusien tulosten avulla hoitotyötä pyritään koko ajan kehittämään turvallisemmaksi, tehokkaammaksi ja potilasta huomioivammaksi. Toimintaa ohjaa Sosiaali- ja terveysministeriö, joka asettaa perioperatiiviselle

hoitotyölle toimintaa ohjaavat tavoitteet ja määrittää tarvittavat toimenpiteet tavoitteiden saavuttamiseksi. Hyvänä esimerkkinä tavoitteiden ja toimenpiteiden vaikutuksesta ovat Käypä hoito-suositukset ja hoitotyön suositukset. (Lukkari ym. 2013, 12-13; Burke ym. 2014, 3.)

Yksittäiset organisaatiot tarkkailevat hoitonsa laatua, pitävät siitä kirjaa ja pyrkivät tulosten valossa kehittämään toimintaansa jatkuvasti. Tietoa kerätään järjestelmällisesti ja luotettavasti, mutta se ei välttämättä täytä tieteellisiä kriteerejä. Näitä hyviksi havaittuja toimintamalleja sekä kokemuksia erilaisten hoitojen vaikuttavuuksista kootaan yhteen ja niiden pohjalta luodaan uusia ohjeistuksia erilaisista hoitomuodoista. Samalla pyritään yksilökokemusten ja merkitysten perusteella lisäämään ymmärrystä hoitamisen vaikutuksista terveyteen sekä elämänlaatuun. Viime aikoina huomiota on kasvavassa määrin kohdennettu potilaan asiantuntijuuteen ja vastuuttamiseen omasta terveydestään sekä sen hoidosta. Samanaikaisesti hoitoa on koko ajan kehitetty enemmän potilaslähtöisemmäksi. (Lukkari ym. 2013, 12-13.)

Perioperatiivisen hoitotyön lähtökohtana on kiinnostus sairauteen ja siihen annetun hoidon vaikutuksiin. Tämän vuoksi toteuttamiseen tarvitaan yksityiskohtaista, tarkkaa ja monitieteellistä tietoa potilaan terveydestä ja sairauksista. Perioperatiivisen hoitotieteen ja lääketieteen toteuttamiseen tarvittava tietopohja ja tavoitteet ovat usein yhteneväiset ja sen vuoksi ne tukevat hyvin toinen toistaan. Perioperatiivinen hoitotyö kuitenkin korostaa potilaan roolia, hänen tuntemuksiaan, asiantuntijuuttaan sekä terveystarpeitaan. Toimintaa ohjaavat hoitotyön keskeiset arvot ihmisestä, hänen arvokkuudestaan ja koskemattomuudestaan, yksityisyydestä ja yksilöllisyydestä sekä itsemääräämisoikeudesta. Toiminnassa korostuvat hyvät vuorovaikutustaidot, luottamussuhde potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä sekä potilaan ”asianajajana” ja puolesta ajattelemisen ja toimimisen taidot sekä yhteistyö omaisten/ läheisten kanssa. Läheiset ihmiset ovat erityisen tärkeitä kaiken ikäisille potilaille, mutta heidän roolinsa korostuu usein etenkin lapsipotilaiden sekä iäkkäiden potilaiden kohdalla. Läheiset tukevat potilasta jaksamisessa, selviämisessä ja toipumisessa sekä tarvitsevat itsekin tukea ja ohjausta tärkeässä roolissaan. (Lukkari ym. 2013, 11-18; Burke ym. 2014, 3-12; Kyngäs & Henttinen 2008, 32-34; Goodman & Spry 2014, 3, 6, 14.)

Perioperatiivisen hoitotyön tärkeimmät periaatteet ovat turvallisuus, terveyskeskeisyys sekä hoidon jatkuvuus. Turvallisuuden periaate sisältää niin fyysisen, lääketieteellisen

kuin psyykkisenkin turvallisuuden. Käytännössä tämä tarkoittaa annetun hoidon terveyteen kohdistuvien riskitekijöiden minimointia ja pyrkimystä vaikuttaa potilaan kokemuksiin. Terveydellisiä riskejä minimoidaan henkilöstön koulutuksella ja perehdytyksellä sekä teknologian että menetelmien jatkuvalla kehittämisellä ja tutkimuksilla. Fyysistä turvallisuutta luodaan olemalla potilaan luona ja apuna. Psyykkistä turvallisuutta taas lisää avoin, läsnä oleva ja kuunteleva vuorovaikutus. Potilasta ja hänen mielipiteitään kunnioitetaan, hoitoa suunnitellaan ja toteutetaan yhteisten suunnitelmien pohjalta. Asianmukainen ohjaus ja tiedon antaminen lisäävät potilaan tuntemaa psyykkistä turvallisuutta. (Lukkari ym. 2013, 17-18; Burke ym. 2014, 12-14; Goodman & Spry 2014, 26, 264.)

Terveyskeskeisyyden periaate tarkoittaa terveyteen kohdistuvien uhkien minimointia. Annetun hoidon tulee siis olla sellaista, ettei hoitamisen aikana tai tehdyillä hoitotoimenpiteillä aiheuteta lisää vahinkoa potilaalle. Tarvittavan hoidon ohella pyritään sekä tukemaan, että vahvistamaan potilaan terveyttä ja toimintakykyä. Terveiden ja toimintakyvyn vahvistamista kuvataan usein myös voimavaralähtöisyytenä. Olemassa oleva terveys ja toimintakyky nähdään ihmisen voimavarana ja näitä hyödyntämällä turvataan potilaan selviytyminen jatkossa. Voimavaroihin keskittyminen vahvistaa potilaan kokemusta selviytymisestä ja lievittää huolta sekä pelkoja. Potilaan kyky hoitaa itseään toimenpiteen jälkeen tarkoituksen mukaisella tavalla riippuu hänen voimavaroistaan. Tämän vuoksi ohjaus ja tiedonanto ovat tärkeitä terveyskeskeisyyden toteutumisen varmistamiseksi. (Lukkari ym. 2013, 17-18; Goodman & Spry 2014, 26, 264.)

Turvallisuuden ja terveyskeskeisyyden toteutumiseksi tarvitaan hoidon jatkuvuutta. Tällä pyritään varmistamaan mahdollisimman hyvä terveydellinen lopputulos. Hoidon jatkuvuus tarkoittaa asianmukaista ja huolellista oleellisen tiedon siirtoa potilaan hoidon kaikissa vaiheissa toteuttajalta toiselle. Usein kysymyksessä on moniammatillinen yhteistyö, jossa tietoa siirretään niin lääkäreiden kesken, lääkäriltä hoitajalle, hoitajalta toiselle kuin potilaalle ja hänen omaisilleen. Tiedon tulee olla asianmukaisesti dokumentoitua hoidon kaikissa vaiheissa, jotta tieto säilyy mahdollisimman oikeana. Potilaan ja läheisten kannalta omaksuttavaa tietoa saattaa tulla kerralla hyvinkin paljon. Tällöin tarvittavan tiedon omaksuminen voi vaarantua. Kirjallisten ohjeistusten avulla luodaan mahdollisuus palauttaa ja omaksua oikeaa tietoa myös myöhemmin. (Lukkari ym. 2013, 18; Goodman & Spry 2014, 15, 26, 30.)

3.3.1 Heräämö

Opinnäytetyömme tutkimuskohde sijoittuu tilallisesti haastavaan ympäristöön eli heräämöhön. Heräämössä potilaspaikkoja on useita, jotka on usein rajattu toisistaan verhoihin tai sermeihin potilaan yksityisyyden säilyttämisen turvaamiseksi. Sermien ja verhojen avulla hoitajat pystyvät tarvittaessa suojaamaan potilaan yksityisyyttä muiden katseilta sekä rajaamaan potilaan omaa tilaa. Niiden tulisi kuitenkin mahdollistaa samalla esteettömästi erilaisten tarkkailumonitorien näkyvyys hoitavalle henkilökunnalle. Potilaspaikkojen sekä hoitohenkilökunnan työpisteen sijoittelussa tulisikin huomioida nämä seikat. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2013, 361-365; Hatfield & Tronson 2009, 539-540.)

Heräämön tulisi sijaita lähellä leikkaussaleja, jotta siirtomatkat toimenpiteen jälkeen eivät turhaan pitkittyisi ja hoito mahdollisesti vaarantuisi monitorointi tauon vuoksi. Kulkuyhteyksien salista heräämöhön ja edelleen vuodeosastolle tulisi olla esteetöntä. Heräämön sijoittelussa tulisi myös huomioida mahdollisten kuvantamis- ja laboratoriopalveluiden helppo saatavuus. Heräämön tulisi kuitenkin olla rauhallinen paikka, jossa potilaalla on mahdollisuus toimenpiteen jälkeiseen lepoon sekä toipumiseen. Ylimääräinen ja asiaton läpikulku sekä melun aiheutuminen tulisi pystyä minimoimaan. (Lukkari ym. 2013, 361-365; Hatfield & Tronson 2009, 537-538, 550, 552.)

Tilallisilta ominaisuuksilta huomiota tulisi kiinnittää myös heräämön valaistukseen, jonka tulisi olla riittävän tehokasta vaativien, tarkkojen toimenpiteiden tekemiseen, mutta samalla se ei saisi olla liian kirkas häiritäkseen potilasta. Suositeltavaa olisi luonnonvalon käyttö yleisessä valaistuksessa ja tarvittaessa tehokkaiden kohdevalaisinten käyttö. Ikku-noiden suhteen tulisi kuitenkin muistaa huomioida näkyvyyden rajoittaminen ulkoa sisälle. (Lukkari ym. 2013, 363; Hatfield & Tronson 2009, 549-550.)

Heräämössä käytettävät materiaalit, potilaskohtaiset tarkkailuvälineet, sermit ja verhot sekä pintatasot, tulisi olla helposti puhtaana pidettäviä tai kertakäyttöisiä. Pintamateriaalien valinnalla voidaan myös vaikuttaa melutasoon ja äänieristykseen. Riittävään ilmanvaihtoon tulisi myös kiinnittää huomiota, sillä anestesiakaasuja poistuu potilaiden uloshengityksestä huoneilmaan. Lisäksi huonelämpötila ja ilmankosteus tulisi olla säädettävissä. (Lukkari ym. 2013, 363; Hatfield & Tronson 2009, 542-543, 556.)

Potilaan yksityisyyttä kunnioittava raportointi tilanne tulisi pitää siten, että potilaan henkilöllisyys tai henkilökohtaiset asiat eivät paljastu muille heräämön potilaille. Potilasta tulisi pystyä tarkkailemaan raportin ajan sekä monitoreista että havainnoimalla. Raportin sisältö tulisi kertoa selkeästi ja ymmärrettävästi mutta kuitenkin siten, että vain vastaanottaja kuulee kyseiset tiedot. Tämä asettaa toiminnalle erityisiä haasteita yksityisyyden toteuttamiseen. (Lukkari ym. 2013, 367-370.)

3.3.2 Hoitotyö heräämössä

Heräämössä toteutettava hoitotyö on osa perioperatiivista hoitotyön erikoisosaamista. Käytännössä kyseessä on kuitenkin useimmin leikkauksen tai toimenpiteen jälkeinen hoitotyö eli postoperatiivinen hoitotyö. Kerromme opinnäytetyössä pääpiirteittäin, mitä erilaisia asioita hoitohenkilöstö tarkkailee ja seuraa kliinisin hoitotyön keinoin, jotta lukija voi hahmottaa paremmin, millaisesta toiminnasta heräämössä on kyse. Varsinaisten toimenpiteiden suorittamisen ja niiden merkitysten arvioinnin olemme kuitenkin rajanneet pois työstämme, koska opinnäytetyömme aiheen pohjalta oleellista ei ole hoitajien keräämä tieto, vaan tiedon keruutapa, vuorovaikutustilanteet ja yksityisyyden huomioiminen tietoa kerätessä. Käymme työssämme läpi asioita ja tilanteita joissa yksityisyyden säilyminen voi vaarantua helpoimmin tai useimmin ja millaisin toimin tätä voidaan pyrkiä ehkäisemään.

Heräämön hoitotyö alkaa siitä, kun potilas siirretään leikkaussalista heräämöön ja heräämöhoitajan saatua raportin toimenpiteen- sekä anestesian kulusta. Heräämöhöhoito päättyy heräämöhöhoitajan annettua raportin potilaan siirtotilanteessa vastaanottavan osaston hoitajalle, jolle hoitovastuu siirtyy raportin yhteydessä. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, s 104.)

Heräämössä hoitajan työnkuvaan kuuluvat potilaan voinnin ja siinä tapahtuvien muutosten seuranta potilasta haastatteleamalla sekä havainnoin keinoin ja tarvittaessa muutosten mukainen toiminta sekä raportointi. Tarkemmin määriteltynä potilaan postoperatiiviseen hoitoon kuuluu vitaalielintoimintojen seuranta, niissä tapahtuvien muutosten syiden ymmärtäminen, toimenpide-alueen seuranta sekä toimenpiteen ja/tai siinä annettu-

jen lääkkeiden vaikutusten seuranta. Myös kivun ja postoperatiivisen pahoinvoinninseuranta sekä niiden ennaltaehkäisy ja hoito kuuluvat olennaisena osana postoperatiiviseen hoitoon. (Lukkari ym. 2013, 354, 361-366.)

Kun potilas saapuu heräämööseen, hänelle asetetaan happimaski tai -viikset, sekä sormeen laitetaan pulssioksimetri, joka mittaa veren happipitoisuutta. Seuraavaksi hänet tarvittaessa kytketään sydänmonitoriin ja olkavarteeseen asetetaan verenpainemittarin mansetti. Sydänmonitorin näytöltä seurataan verenpainetta, hengitystiheyttä, sydämen rytmiä ja pulssia sekä veren happipitoisuutta. Lisäksi potilaan asento sekä lämpötilouden säilyminen huomioidaan. (Lukkari ym. 2013, 367; Smeltzer, Bare, Hinkle & Cheever 2010, 462.) Tarkkailulaitteistoa kiinnitettäessä potilaan fyysinen yksityisyys saattaa vaarantua tahattomasti.

Potilaan verenkiertoa, nestetasapainoa ja virtsaneritystä seurataan, koska niiden tulisi olla vakaat ennen osastolle siirtymistä. Verenkiertoa arvioidaan verenpaineen, pulssin sekä sydämen rytmin avulla. Verenpaine ja pulssi mitataan heräämössä yleensä 15 minuutin välein. Nestetasapainoa arvioidaan muun muassa suonensisäisesti annettujen nesteiden sekä potilaan laskennallisen nesteen tarpeen avulla. Nestetasapainoa laskettaessa otetaan huomioon potilaan erittämät nesteet virtsaamisen, haihduttamisen sekä mahdollisen pahoinvoinnin seurauksena. (Lukkarinen ym. 2012, 7-11.)

Potilaan hengityksestä seurataan hengitystiheyttä ja happisaturaatiota. Hengityksen tulee olla esteetöntä ja vaivatonta. Tajunnantasoa ja lihastoimintaa seurataan, koska potilaan tulisi olla tajuissaan ja kyetä hallitsemaan lihastoimintansa ennen osastolle siirtymistä. Hoitajan tehtävä on varmistaa, että potilas on paikkaan, aikaan ja tilanteeseen orientoitunut sekä hän kykenee noudattamaan yksinkertaisia ohjeita. (Lukkarinen ym. 2012, 11-17.) Vuorovaikutuksellisissa hoitotyön tilanteissa tulee aina muistaa potilaan oikeudet tiedollisen ja sosiaalisen yksityisyyden säilyttämiseen.

Hoitajan tehtävänä on tarkkailla leikkaushaavan sidoksia ja/tai haavadreenien eritystä. Osastolle siirtymisen edellytyksenä on, että haavalla tai dreeneissä ei ole liiallista vuotoa, kipua tai turvotusta. Vuodon määrä tulee aina kirjata ja tarvittaessa konsultoida kirurgia tai anestesiaalääkäriä. (Lukkarinen ym. 2012, 17-19; Smeltzer ym. 2010, 462.) Potilaan lämpötilan seuraaminen kuuluu myös postoperatiiviseen seurantaan. Jos potilas ei ole normaali lämpöinen on hoitajan, lämpötilasta riippuen, osattava ohjata omaa toimintaansa

potilaan hoidon kannalta parhaalla mahdollisella tavalla. (Lukkarinen ym. 2012, 19-21.) Hoitotoimenpiteitä tehtäessä tulisi muistaa potilaan fyysisen yksityisyyden suojaaminen (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 148-149).

Potilaan pahoinvoinnin sekä kivun seuranta ja hoito on osa hoitajan työtä heräämössä. Hoitajan tulee osata arvioida pahoinvointi- ja kipulääkityksen tarpeellisuus ja riittävyys sekä niiden vaikutukset, jotta potilaan toipuminen alkaisi toivotulla tavalla. Hoitajan on osattava myös tunnistaa kivun syyt ja seuraukset. (Lukkarinen ym. 2012, 23-29; Smeltzer ym. 2010, 465-466.) Kivun ja pahoinvoinnin seuranta tapahtuu havainnoinnin lisäksi potilaalta tiedustelemalla, jonka tulisi tapahtua potilaan tiedollista sekä sosiaalista yksityisyyttä kunnioittaen.

Potilaan voinnin kirjaaminen ja raportointi ovat osa heräämötöytäskentelyä. Potilaan hoidon jatkuvuus ja turvallisuus turvataan virheettömällä ja reaaliaikaisella kirjaamisella. Osastolle siirrettäessä raportin sisällön tulisi olla järjestelmällinen, looginen ja etukäteen suunniteltu. Raportoinnin tarkoituksena on varmistaa potilaan sujuva siirtyminen osastolle ja minimoida postoperatiiviset komplikaatiot. (Lukkarinen ym. 2012, 29-31; Goodman & Spry, 2014, 30.) Raportointitilanteissa tulee kiinnittää erityistä huomiota potilaan tiedollisen sekä sosiaalisen yksityisyyden säilymiseen.

4 KVANTITATIIVINEN TUTKIMUS

4.1. Tutkimusmenetelmä

Kvantitatiivinen tutkimus on nimensä mukaisesti määrällinen tutkimus eli se mittaa erilaisia muuttujia ja niiden välisiä yhteyksiä tilastollisten menetelmien avulla. Kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän avulla voidaan todeta jonkin asian tämänhetkinen tai pidempiaikainen tila, selittämättä kuitenkaan tilan syytä tai aiheuttajaa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 55-57). Vilkan (2007, 13-14) mukaan määrällisen tutkimuksen avulla saadaan numeerinen vastaus kysymyksiin; kuinka moni, kuinka paljon ja kuinka usein. Tutkija analysoi ja tulkitsee numeerisen tiedon ja esittää tulokset ja löydökset sanallisesti, kuvaten miten erilaiset asiat liittyvät toisiinsa tai eroavat toisistaan.

Tutkimusta varten tutkija luo mittarin, jonka avulla hän pyrkii keräämään tietoa kohteestaan. Erilaisia kvantitatiivisen tutkimuksen mittareita ovat Vilkan (2007, 14-15) mukaan esimerkiksi kysely-, haastattelu- ja havainnointilomake. Mittaria luotaessa on tärkeää strukturoida tutkittavat asiat eli pyrkiä muuttamaan ne mahdollisimman yksiselitteisesti ymmärrettävään muotoon. Tutkittavat asiat muokataan myös sellaisiksi, että jokainen ymmärtää kysymyksen samalla tavalla. Tärkeää on myös varmistaa, että mittarilla saadaan varmasti tietoa juuri halutusta asiasta (Valli 2015, 41-42; Vilka, 2007, 14-15).

Opinnäytetyöhön valittiin tutkimusmenetelmäksi kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä yhdessä työelämäyhteystahon kanssa, koska tarkoituksena oli havainnoinnin keinoin saada selville potilaiden yksityisyyden toteutumista heräämössä hoitotyön näkökulmasta. Tutkimusta varten laadittiin ennalta havainnointilomake (liite 2), johon havainnot kirjattiin tilanne tilanteelta. Lomake muodostettiin teoria-aineiston pohjalta siten, että havainnoinnin kohteena oli keskeisiä asioita kaikilta opinnäytetyössä avatuilta yksityisyyden käsitteiden osa-alueilta ja havainnoitavat asiat kuvaisivat mahdollisimman hyvin yksityisyyden toteutumisen nykytilannetta. Havainnoitavat asiat pyrittiin strukturoimaan eli rajaamaan ja vakioimaan lomakkeelle mahdollisimman yksiselitteisiksi ja samalla tavalla ymmärrettäviksi kokonaisuuksiksi sekä vaihtoehdoiksi. Samalla pyrittiin varmistamaan lomakkeen käyttökelpoisuus eri henkilöistä riippumatta.

Havainnoitavien kohtien määrä rajattiin yhden havainnoijan käyttöön sopivaksi, jotta mahdollinen kahden eri heräämön tarkkailu onnistuisi. Havainnointilomakkeen avulla tiedon keruu on muuten vapaata, kunhan tutkittavan asian toteutumista voidaan koodaamalla arvioida numeerisesti eli kuinka monta kertaa asia toteutuu eri tilanteissa (Vilka 2007, 29-31).

4.2. Tutkimuksen kohderyhmä ja otos

Kohderyhmäksi valitaan tutkimuskysymysten pohjalta sellaiset ihmiset, organisaatiot tai esimerkiksi asiat, joita tutkimuskysymykset koskettavat. Toisin sanoen ihmiset tai tilanteet ja paikat, joista kysymyksiin voidaan saada vastauksia tai tietoa. Kohderyhmää pienennetään valitsemalla tutkimukselle otos tai otanta, eli tietty joukko, joka edustaa mahdollisimman monipuolisesti kohderyhmää. (Vilka 2007, 51-57; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 104-105.)

Kvantitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä suuret otoskoot, jotta tulokset olisivat mahdollisimman luotettavia ja yleistettävissä kohderyhmään. Suuret tutkimusryhmät lisäävät tutkijan objektiivisuutta ja kasvattavat näin tutkimuksen luotettavuutta ja puolueettomuutta. (Valli 2015, 21-23; Vilka 2007, 16-17.) Kohderyhmästä muodostetaan otos käyttäen tavoitteiden, tutkimusongelman ja resurssien pohjalta parasta otantamenetelmää (Vilka 2005, 78).

Tässä opinnäytetyössä kohderyhmänä olivat ennalta sovittujen päivien kaikki potilas-sairaanhoidaja kontaktit. Havaintoja kerättiin koko heräämön potilas-hoitaja kontakteista, erittelemättä tilanteita kehenkään tiettyyn potilas-hoitaja pariin. Ennalta sovitut päivät sisälsivät ainoastaan yli 18-vuotiaiden potilaiden leikkauksia. Lapsipotilaat rajattiin tutkimuksen ulkopuolelle lupa-asioiden monimutkaisuuden vuoksi sekä lapsipotilaiden toimenpidepäivien vähyden vuoksi. Lapsipotilaiden sisällyttäminen tutkimukseen olisi vaatinut pidemmän ajanjakson tutkimuksen toteuttamiselle, kuin käytettävien resurssien puitteissa oli mahdollista toteuttaa.

Havainnointitilanteiden mahdollisista päällekkäisyyksistä sovittiin ennalta siten, että käynnissä oleva tilanne havainnoitiin ensiksi loppuun ja havainnointia jatkettiin vasta uu-

den tilanteen alkaessa. Tarkoituksena oli kerätä vähintään 60 erillistä havainnointia vuorovaikutuksellisista kontakteista sekä vähintään 60 havainnointia toiminnallisista kontakteista, jotta havaintojen pohjalta tehty analyysi olisi mahdollisimman luotettava. Otoskoon valinnassa kriteereinä käytettiin yleistä otoskoon nyrkkisääntöä, vähintään 50 havaintoa, jota kasvatettiin käytössä olevien resurssien mukaisesti. (Nummenmaa 2009, 27-30; Stenfors 2015.)

4.3. Aineiston keruu

Tutkimusta varten tarvitaan aineisto eli tietty määrä kerättyä tietoa aiheesta, josta tuloksia ja päätelmiä voidaan tehdä ja tulkita. Aineiston keruuta varten keräämistapa tulee suunnitella huolellisesti ja tarvittaessa esimerkiksi lomakkeet tehdä etukäteen, jotta tulokseksi saadaan tutkimuskysymysten tai -tehtävän mukaista tietoa. Lisäksi lomakkeet tulee numeroida juoksevin numeroin, jotta tiedot voidaan jälkikäteen tarkistaa. (Vilka, 2007, 111.) Suunnitellut lomakkeet tulee testata ennen käyttöä, jotta välttyään mahdollisilta mitvirheiltä (Nummenmaa, 2009, 47).

Vilkan (2007, 94) mukaan määrällisessä tutkimuksessa käytetään jäsenneilyä havainnointia, joka on tapa kerätä tietoa tilanteesta siitä, kuinka monta kertaa jokin asia tapahtuu. Havainnointi voi olla toimintaan osallistuvaa, jolloin se tapahtuu työnteon lomassa, tai piilohavainnointia, jolloin havainnoitavat eivät tiedä olevansa havainnoinnin kohteena. Havainnointi voi olla myös kaikkea edellä mainitun väliltä olevaa, riippuen tutkittavasta kohteesta ja siitä kuinka paljon tutkijan oma persoona voi vaikuttaa kulloinkin tuloksiin. Osallistumaton tutkimus on puolueettomampaa tutkimustuloksen kannalta ja sen avulla on hyvä tutkia esimerkiksi vuorovaikutustilanteita. (Vilka 2007, 94.) Menetelmänä osallistumaton tutkimus on kuitenkin aikaa vievä, sillä tutkittavien tulee ensin tottua tutkijan mahdolliseen läsnäoloon, jotta toiminta palaa normaaliksi, ja tulokset ovat luotettavampia (Grönfors 2015, 146-153).

Aineiston keräämistä varten työelämäyhteistyötahon kanssa sovittiin aluksi neljästä havainnointipäivästä ja mahdollisuudesta lisätä päiviä myöhemmälle ajankohdalle tarpeen mukaan. Kahtena ensimmäisenä päivänä molemmat havainnoijat olivat paikalla yhtäai-

kaa ja jakautuivat suunnitelman mukaisesti molempiin leikkaus- ja anestesiaosaston heräämöihin. Kaksi seuraavaa päivää toteutettiin yhden havainnoijan ollessa paikalla ja tällöin havainnointi tapahtui osittain kummassakin heräämössä.

Havainnointilomakkeen suunnittelussa käytettiin yksityisyyden käsitteiden jaottelua fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja tiedolliseen yksityisyyteen. Lomakkeelle pyrittiin nostamaan hoitotyön tilanteita, joissa potilaan jokin yksityisyyden osa-alue saattaisi vaarantua ja/tai huomioiminen olisi havainnoitavissa. Havainnoitavien asioiden pohtimisessa auttoi teoretiedon lisäksi oma pitkäaikainen, kuudentoista vuoden, työkokemuksemme hoitotyöstä.

Osastolla tapahtuvasta havainnoinnista tiedotettiin henkilökuntaa etukäteen saatekirjeen (liite1) muodossa. Kirje sisälsi molempien opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot, jotta henkilökunnalla olisi mahdollisuus ottaa tarvittaessa tekijöihin yhteyttä ja saada lisäinformaatiota opinnäytetyöhön liittyen. Tämän lisäksi osastotunnilla käytiin kertomassa henkilökunnalle havainnoinnin tarkoituksesta, avaamatta kuitenkaan varsinaisen havainnoinnin kohteita tai asioita. Osallistumisen vapaaehtoisuudesta tiedotettiin etukäteen saatekirjeessä sekä osastotunnin esittelyssä.

Opinnäytetyön havainnointitutkimus sijoittui Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluvaan leikkaus- ja anestesiahoitotyön yksikköön. Osastolla oli kaksi erillistä heräämötä, joissa oli yhteensä yhdeksän valvontapaikkaa. Heräämöt sijoituivat osastolla leikkaussaleihin vievän käytävän varrelle. Toisessa heräämössä oli lasiset liukuovet, joiden alaosat oli sumennettu. Potilaspaikat sijoituivat tilassa neliö-muodostelmaan, kaksi vierekkäin ja kaksi näitä vastapäätä. Vierekkäiset paikat olivat eroteltu matalalla kappa-verholla. Tarpeen mukaan tilaa voitiin vielä rajata erillisillä siirrettävillä sermeillä.

Toisen heräämön valvontapaikat oli erotettu toisistaan väliverhoilla, jotka ulottuivat katosta lähes lattiaan asti. Tiloissa oli käytössä myös erillinen ovella suljettava kaksipaikainen huone. Tulohaastattelua ja potilasohjausta varten oli käytössä pienehkö, suljettava tila heräämön etuosassa.

4.4. Aineiston analyysimenetelmä

Aineiston analyysi alkaa kootun aineiston tallentamisesta johonkin tilasto-ohjelmaan. Koottu aineisto voidaan tallentaa joko sanallisessa tai numeerisessa muodossa riippuen tutkimusmenetelmällä saaduista vastauksista. Tämän jälkeen aineisto tarkistetaan ja valitaan aineistolle sopiva analyysimenetelmä. Aineistoa voidaan kvantitatiivisessa tutkimuksessa analysoida kuvailevalla, selittävällä, ennustavalla tai muuttujien välisiä yhteyksiä kuvaavalla tavalla, käyttämällä kappale lukumääriä ja prosentti-osuuksia. Numeerisen aineiston pohjalta tieto voidaan kuvata graafisessa muodossa esimerkiksi pylväskuvioina, taulukkoina ja piirakkakuvioiden avulla näiden avulla havainnollistaa tuloksia, etsiä yhteyksiä, riippuvuuksia ja löytää keskiarvoja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 84, 129, 132-133, 138, 143.)

Kerätystä aineistosta luotiin havaintomatriisi SPSS-ohjelman avulla. Matriisista ajettiin saman ohjelman avulla tuloksia kuvaava analyysi. Opinnäytetyön tehtävien ja kerätyn aineiston pohjalta opinnäytetyön tulosten tulkintaan valittiin kuvaileva analyysi, koska tarkoituksena oli nimenomaan kartoittaa ja kuvata yksityisyyden toteutumisen nykytilannetta. Tulokset avattiin kuvailevaa kirjoittamista käyttäen ja havainnollistamista pyrittiin tukemaan graafisten kuvioiden avulla.

4.5. Opinnäytetyön aikataulun kuvaus

Opinnäytetyöprosessi alkoi keväällä 2015 aiheen valinnalla. Löysimme kiinnostavan aiheen aiheenvalintaseminaarissa, jonka lopulta saimme arvonnassa itsellemme. Opinnäytetyömme oli työelämälähtöinen ja sijoittui Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yksikön anestesiat- ja leikkausosastolle.

Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat ja tutkimusmenetelmä tarkentuivat työelämäyhteistyöpalaverissa huhtikuussa 2015 työelämäyhteistyöhenkilön, sekä ohjaavan opettajan kanssa. Opinnäytetyö päätettiin toteuttaa kvantitatiivisella havainnointitutkimuksella syksyllä 2016.

Opinnäytetyön tekeminen alkoi vauhdikkaasti työelämäyhteistyöpalaverin jälkeen opinnäytetyön suunnitelman kirjoittamisella huhtikuussa. Suunnitelmaa varten tehtiin tiedonhaku, Tampereen Ammattikorkeakoulun kirjaston informaatikon avustuksella, erilaisista tietokannoista sekä eri hakusanoja käyttäen. Tietokantoina käytettiin muun muassa Chinal:ia, PubMed:ia, ARTO-artikkeliviitetietokantaa sekä YSA-asiasanahakemistoa. Tiedon haussa käytettiin myös Google Scholar:ia.

Suunnitelmaseminaarin jälkeen suunnitelma käytiin ohjaavan opettajan kanssa läpi ja toukokuun lopulla lupahakemus laitettiin vireille korjatun suunnitelman kanssa. Lupa tehdä opinnäytetyö valitusta aiheesta, saatiin kesäkuun alussa. Kesän aikana tehtiin ajatustyötä, yhdessä ja erikseen, työn sisällöstä. Elokuussa 2015 jatkettiin opinnäytetyön teorian kirjoittamista sekä tiedonhakuun aiheeseen liittyen.

Havainnointitutkimus toteutettiin syyskuun loppupuolella neljänä päivänä yhden viikon aikana. Havaintoja kerättiin yhteensä, suunnitelmien mukaisesti, 120 eri havaintotilanteesta. Loka – ja marraskuun aikana havaintomatriisi ajettiin SSPS-ohjelmaan opinnäytetyön metodiopintojen yhteydessä. Joulukuun käsikirjoitusseminaarissa työn teoriaosuus oli valmiina. Seminaarin jälkeen tehtiin muutamia lähdelisäyksiä, sekä muokkauksia tekstiin. Tammikuussa 2016 havainnoinnin tulokset analysoitiin ja kuvattiin opinnäytetyöhön. Teoriaosuutta ja johdantoa muokattiin edelleen sekä tiivistelmä ja pohdinta kirjoitettiin valmiiksi helmikuun alussa.

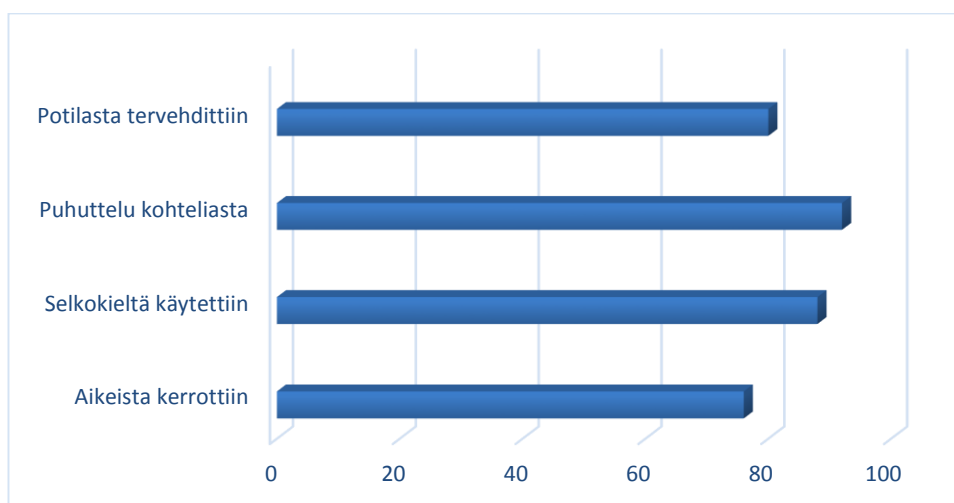
5 TULOKSET

5.1. Tulosten esittely

Erilaisia hoitotilanteita havainnoitiin 120 kappaletta. Näistä 56% oli vuorovaikutuksellisia hoitotilanteita ja 44% toiminnallisuutta sisältäviä hoitotilanteita. Vuorovaikutukselliseksi tilanteiksi määriteltiin hoitotilanteet, jotka sisälsivät joko raportointia hoitohenkilökunnan kesken, potilaan ohjausta tai potilaan voinnin tiedustelua. Toiminallisiksi tilanteiksi määriteltiin hoitotilanteet, jotka sisälsivät potilaan tutkimista, toimenpiteiden toteutusta tai erilaisten mittausten, esimerkiksi verenpaineen, toteuttamista.

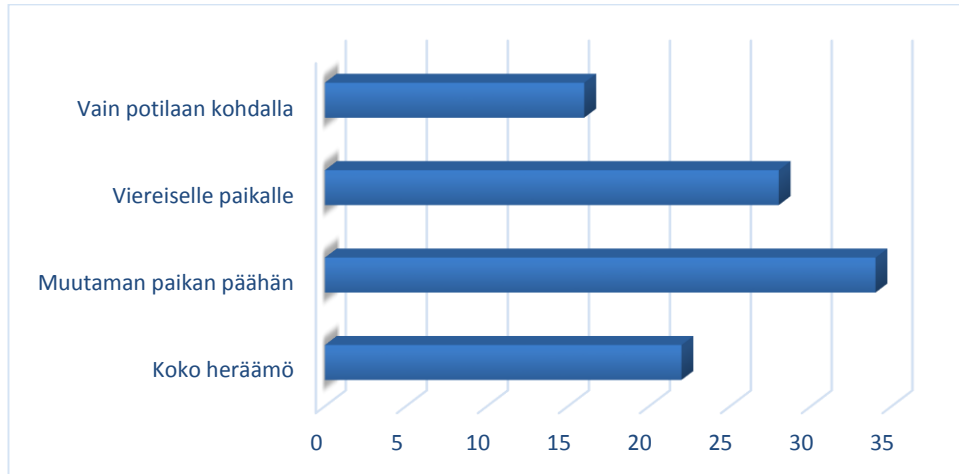
Tulosten mukaan potilas oli orientoitunut 88% havaintotilanteista ja pystyi kommunikoi-
maan sanallisesti 86% havainnoista. Muita havainnoituja ilmaisukeinoja olivat ääntely (2%), ilmeet tai eleet (2%) ja katsekontakti tai sen välttely (0%). 10 %:ssa havaintoja potilas ei joko pystynyt kommunikoimaan mitenkään tai kommunikaatiota ei pystynyt luotettavasti havainnoimaan.

Potilaan kohtaamisessa huomioitiin hyvin yksityisyyttä vuorovaikutuksellisin keinoin. Potilasta tervehdittiin useimmissa havaintotilanteissa, puhuttelu oli lähes aina kohteliasta ja vuorovaikutuksessa käytettiin selkokieltä eli puhdasta Suomen kieltä ilman ammattisanastoa tai – termejä. Tulevista tapahtumista tai aikeista informoitiin potilasta kuitenkin vain 76 %:ssa havaintoja (kuvio 2).



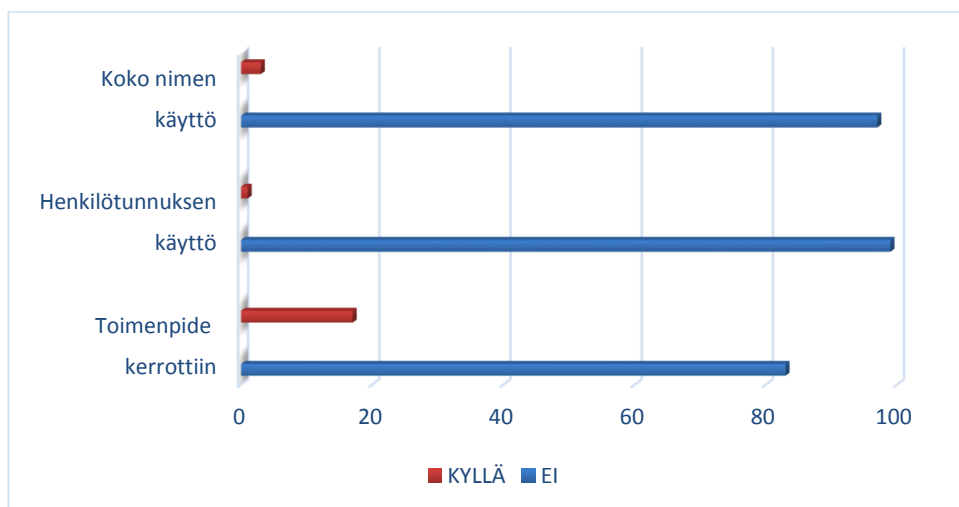
KUVIO 2. Kommunikaatio potilaan kanssa hoitotilanteissa % (N=120)

Havainnointitilanteissa seurattiin keskustelun kuuluvuutta potilaan ja henkilökunnan välisissä vuorovaikutuksissa sekä henkilökunnan välisissä raportointitilanteissa. Keskusteluiden sisältö oli useimmiten selvästi kuultavissa laajemmalla alueella kuin vain kyseisen potilaspaikan kohdalla. Koko heräämön alueelle keskustelut kuuluivat kuitenkin vain 22%:ssa havaintoja. Jakaumaa kuuluvuudesta on havainnollistettu alla, kuviossa 3.



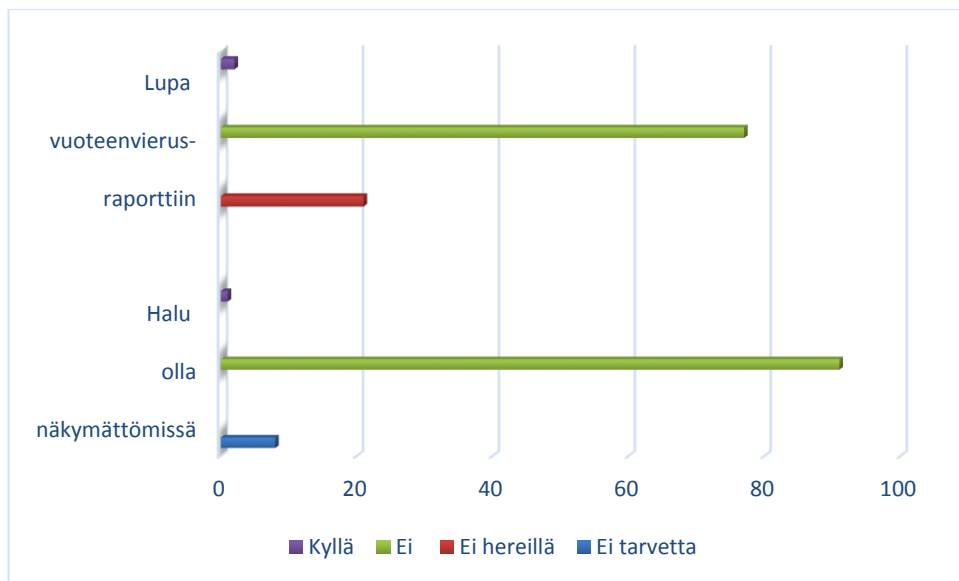
KUVIO 3. Keskustelun kuuluvuus heräämössä % (N=120).

Potilaiden henkilökohtaisia tietoja ei käytetty yleisesti muiden potilaiden tai henkilökunnan kuullen tarpeettomasti. Havainnointitilanteissa useimmin käytetty yksityinen tieto oli suunnitellun tai tehdyn toimenpiteen mainitseminen (17 %). Potilaan kokonimi tai henkilötunnus kokonaisuudessaan mainittiin vain muutamia kertoja (kuvio 4).



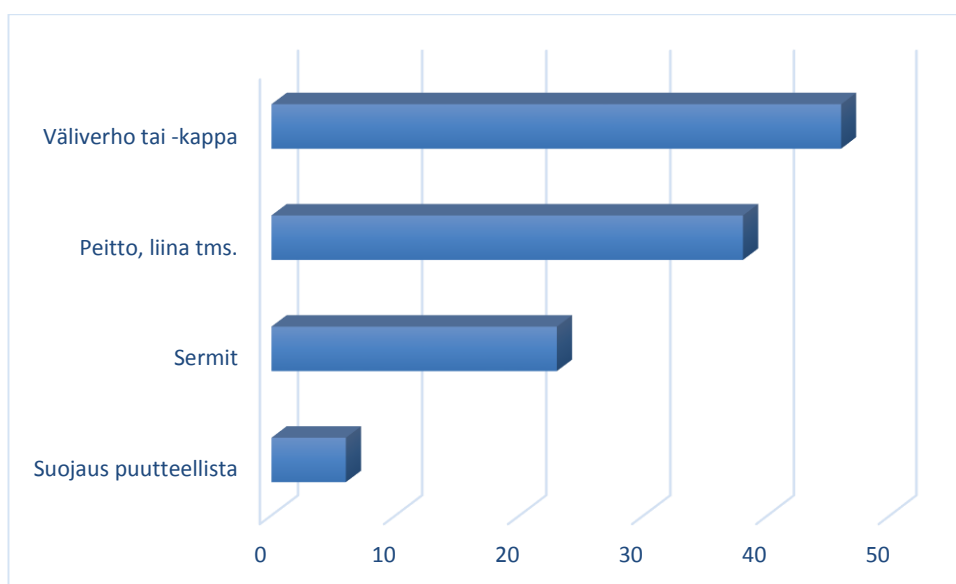
KUVIO 4. Henkilökohtaisten tietojen käyttäminen % (N=120).

Havainnointitilanteissa tarkasteltiin potilaiden yksityisyyden rajaamisen oikeuksien toteutumista hoitotilanteissa. Potilaalla tulisi olla mahdollisuus kieltäytyä vuoteenvierusraportista yksityisyytensä suojaamiseksi. Tilanteista 77% potilaalta ei tiedusteltu lupaa pitää raportti vuoteen vierellä, vaikka potilas oli hereillä raportoinnin aikana. Lisäksi potilaalla on oikeus rajoittaa sosiaalista yksityisyyttään ja vetäytyä muiden näkymättömiin ja kuulumattomiin. Tätä tiedusteltiin 1% havaintokerroista, 91% tiedustelua ei suoritettu ja 8 % havainnoista siihen ei ollut tarvetta potilaan ollessa heräämön ainoa potilas (kuvio 5).



KUVIO 5. Yksityisyyden rajaamisen tiedustelu % (N=120).

Potilaita kosketettiin 68 havainnossa 120 havaintokerrasta. Heitä informoitiin ennen kosketusta 62% kosketuskertoja. Kolmannes kosketuksista liittyi vuorovaikutuksen tehostamiseen ja loput toiminnallisiin havainnointitilanteisiin. Potilaan fyysistä suojausta tarvittiin 58% kaikista havaintokerroista. Näistä kerroista 5 % suojaus puuttui kokonaan tai jäi osittain vajaaksi. Useimmin suojauksen apuvälineenä käytettiin väliverhoa, 46 kertaa. Muina suojauksen apuvälineinä käytettiin peittoa, liinaa tai muuta sellaista 38 kertaa ja sermiä 23 kertaa. Useampaa suojauksen apuvälinettä saatettiin käyttää myös yhtä aikaa (kuvio 6).



KUVIO 6. Suojauksessa käytettyjen apuvälineiden yleisyys käyttökertojen (kpl) mukaan (n=113).

Lisäksi molemmat havainnoijat kiinnittivät tutkimuspäivien aikana huomiota tilanteisiin, joissa virkeä potilas kurkisteli kaban reunan ylitse muita potilaita. Vaikka tapahtuma ei kuulunut varsinaisten havainnoitavien asioiden joukkoon, liittyi oleellisesti havainnoitaviin kokonaisuuksiin ja siksi sitä voidaan pitää myös yhtenä tuloksista.

5.2. Tulosten tarkastelu

Heräämössä yksityisyyden huomioimiselle kohdistuu valtavat haasteet työn luonteen vuoksi. Heräämössä potilaspaikkoja on vieretysten yleensä useita ja kaikki potilaat vaa-

tivat intensiivistä tarkkailua sekä seuranta. Potilaiden vointia, sekä tuntemuksia, on tiedusteltava usein tilanteessa, jossa potilas saattaa olla lääkkeiden vaikutuksen alaisena tai potilaan orientaatio on alentunut, eikä keskustelun sisältöä voi ennalta arvata tai muita potilaita estää sitä kuulemasta. Itsemääräämisoikeutta huomioidaan kuitenkin heräämössä kertomalla potilaalle, tarvittaessa toistuvasti, hoitoon liittyvistä tapahtumista ja aikomuksista sekä perustellaan toimintoja asianmukaisesti.

Havainnointitilanteista suurimmassa osassa potilas oli orientoitunut ja kykenevä sanalliseen kommunikaatioon. Toimivaa ja laadukasta vuorovaikutusta pyrittiin huomioimaan tervehtimisellä, puhuttelemalla potilasta kohteliaasti ja käyttämällä ymmärrettävää kieltä kommunikaatiossa. Potilasta ei kuitenkaan informoitu aikeista tai tulevista tapahtumista niin usein, kuin muun vuorovaikutuksellisuuden pohjalta olisi odottanut. Henkilökunnan näkökulmasta tulevat tapahtumat ja asioiden sekä toimenpiteiden kulku voivat olla niin tuttuja ja rutinoituneita, ettei niitä välttämättä aina huomaa potilaalle selittää. Hoitajat saattavat myös pyrkiä informaation rajaamisella vähentämään potilaan kuormitusta orientaation palautumisen- ja normalisoitumisen vaiheessa.

Yksityisyyden säilymisen kannalta huomiota tulee kiinnittää keskustelun kuuluvuuteen (Lukkari ym. 2013, 370). Raportointitilanne, voinnin tiedustelu tai esimerkiksi potilasohjaus saattavat vaarantaa potilaan tiedollista sekä sosiaalista yksityisyyttä. Raportti tulee pitää selkeästi ja kuuluvasti sitä vastaanottavalle hoitajalle, mutta kuitenkin niin, että muut potilaat tai potilaan hoitoon osallistumaton heräämön henkilökunta ei raporttia kuule (Lukkari ym. 2013, 370). Opinnäytetyön tulosten perusteella keskustelu oli kuultavissa, useimmissa tilanteissa, laajemmalle alueelle, kuin vain kyseisen potilaan tai viereisen potilaspaikan kohdalle.

Potilaan tiedollinen sekä sosiaalinen yksityisyys tulee huomioida sellaisissa tilanteissa, kun potilasta puhutellaan heräämössä muiden potilaiden kuullen (Lukkari ym. 2013, 370). Opinnäytetyön tulosten perusteella potilaiden henkilökohtaisia tietoja ei käytetty yleisesti. Suunniteltu tai tehty toimenpide mainittiin useammin kuin muita henkilökohtaisia tietoja, mutta tämäkin selvästi alle viidenneksessä havainnoista. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä ottamasta vastaan ohjausta sekä kieltää vuoteenvierusraportti muiden potilaiden kuullen, potilaan oikeuksiin vedoten sekä yksityisyytensä suojaamiseksi (Leino-Kilpi ym. 2002, 13-14).

Havaintojen perusteella potilailta ei kuitenkaan yleensä tiedusteltu lupaa raporttiin vuo-teen vierellä. Leikkaussalin raporttia heräämön hoitajalle annettaessa potilaan vointia on samanaikaisesti tarkkailtava sekä hänet on kytkettävä valvontalaitteisiin. Tarkkailu on erityisen tärkeää siirtovaiheissa, sillä tällöin komplikaatio riski on kohonnut. Heräämön hoitajan antaessa edelleen raporttia osastolle siirtymistä varten, voi hänellä olla myös muita potilaita tarkkailtavana. Tällöin hoitajan tulee olla tietoinen muiden tarkkailta- viensa tilasta myös raportin pidon aikana. (Lukkarinen ym. 2012, 4.) Käytännössä tämä tarkoittaa, ettei hoitaja voi poistua heräämön tiloista raportin ajaksi, ilman hoitovastuun siirtämistä toiselle hoitajalle.

Paikassa, jossa havainnointi suoritettiin, kotiutuville potilaille annettava ohjaus tapahtui heräämön tiloissa, jolloin heräämön muilla potilailla oli mahdollisuus kuulla ohjattavan potilaan henkilökohtaisia tietoja. Leino-Kilven ja Välimäen (2012, 150-151) mukaan po-tilaan tiedollinen sekä sosiaalinen yksityisyys saattaa tällöin vaarantua. Heräämön tiloissa on käytössä erillinen tila, jossa potilasohjauksen voisi suorittaa. Henkilöstöresursseista johtuen sitä ei voi aina käyttää, sillä heräämön muita potilaita on kyettävä samalla tark-kailemaan.

Havaintojen perusteella potilailta ei yleisesti tiedusteltu heidän haluaan rajoittaa sosiaa- lista yksityisyyttään ja olla koko heräämöhoidon aikana muiden potilaiden näkymättö- missä sekä kuulumattomissa. Potilaalla on kuitenkin oikeus rajoittaa sosiaalisia suhteitaan ja vetäytyä omiin oloihin suuressakin ihmisjoukossa (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 150- 151). Tilallisten puitteiden sekä työn intensiivisen luonteen vuoksi sosiaalisuuden rajaa- minen ei aina olisi edes mahdollista, ainakaan kuulumattomissa olemisen osalta. Oikeus tulisi kuitenkin aina huomioida ja selittää potilaalle oikeuden käytön rajallisuuteen vai- kuttavat tekijät. Havainnoista käy kuitenkin ilmi, että potilaan yksityisyyttä pyrittiin lähes aina turvaamaan rajoittamalla näkyvyyttä potilaiden välillä esimerkiksi väliverhoin tai - kapoin.

Opinnäytetyön yksi havainnoitava tilanne oli potilaan koskettaminen ja siitä etukäteen informoiminen. Potilasta kosketetaan sekä mennään hyvin lähelle fyysisesti, esimerkiksi tarkkailulaitteita kytkettäessä tai toimenpidealuetta seurattaessa, jolloin potilas saattaa kokea omaa tilaa, ja sitä kautta myös fyysisistä yksityisyyttään loukattavan hoitohenkilökunnan taholta. Toiset potilaat taas saattavat kokea kosketuksen luonnollisena osana keskustelua tai kuuluvan luontevana osana hoitoon. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 148-149.)

Yli puolessa havainnoiduista koskettamiskerroista potilasta ei informoitu ennalta tulevasta kosketuksesta. Koskettamisista kaksi kolmasosaa aiheutui kuitenkin toiminnallisissa hoitotyön tilanteissa, jolloin koskettamisen luonne on vahvempaa kuin esimerkiksi vuorovaikutusta voimistavilla koskettamisilla. Tulevasta kosketuksesta kertomatta jättäminen saattaa vaikuttaa kaikkiin yksityisyyden osa-alueisiin yksilöllisestä kokemuksellisuudesta johtuen. Toimivan vuorovaikutuksen ja potilaan informoinnin avulla hoitotyössä voidaan kuitenkin vaikuttaa potilaan kokemaan yksityisyyden toteutumiseen tilanteissa, jotka vaativat koskettamista hoitotyön toteuttamiseksi.

Hoitotoimenpiteitä tehtäessä on muistettava suojata potilaan kehoa tarpeettomalta paljastamiselta, sekä potilaan muuta yksityisyyttä näköyhteyden rajaamisella. Hoitajan on osattava huomioda, että jokainen potilas kokee yksilöllisesti henkilökohtaisen tilansa (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 148-149). Havainnoinnista saaduissa tuloksissa on selkeästi havaittavissa erilaisten suojainten hyödyntäminen, sillä vain murto-osa suojaamista vaativista toimista jäi ilman suojausta. Osassa havaintoja käytettiin useampaa suojainta yhtä aikaa, jolloin potilaan kehon tarpeeton paljastaminen tai paljastuminen turvattiin.

Heräämössä käytetyt suojaimet suojasivat osittain hyvin näkyvyyttä, esimerkiksi täyspitkät väliverhot, jotka ympäröivät sänkyä. Osittain potilaspaikkojen välillä käytettyjen välikappojen näkösuoja oli riittämätön, sillä kappaverho oli matala ja sijaitsi vain sänkyjen välissä. Havainnoinnin aikana huomattiin useampaan otteeseen virkeän potilaan kurkistelevan kapin reunan ylitse muita potilaita. Suojausta oli mahdollista tehostaa siirrettävillä sermeillä esimerkiksi sängyn päätyihin, mutta potilaspaikkojen välillä näiden käyttö oli vaikeaa ja työn toteuttamista hankaloittavaa tilan puutteen vuoksi. Sermejä oli muutenkin hankala siirrellä ja ne täytyi erikseen hakea tarvittaessa heräämön seinustalta. Tilannetta pohdittaessa jäätiin miettimään, ehtiikö sermejä hakea kiireellisissä tilanteissa ollenkaan.

Pohdintaa herätti myös käytävän ja heräämön välinen lasiseinä, josta vain ala-osa oli suunniteltu. Käytävällä liikkuvilla henkilöillä oli suora näköyhteys heräämön kahteen potilas paikkaan, koska käytössä olivat matalalla sijaitsevat kappaverhot. Toinen heräämö sijaitsi leikkausosaston alkupäässä, jolloin sen ohitse tapahtui osaston kaikki saattoliikenne sekä muu kulku. Tämä saattaa aiheuttaa vaaratilanteita potilaan psyykkisen-, sosiaalisen- ja tiedollisen yksityisyyden säilymiselle (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 150-151). Rauhallisuuden rikkoutuminen saattaa myös heikentää potilaan toipumista (Lukkari ym. 2012, 363).

Potilaan yksityisyyden toteutumista on tutkittu aiemmin hyvin niukasti. Tutkimukset ovat koskettaneet pääsääntöisesti hoitotyön laatua, potilaiden ja hoitohenkilökunnan kokemuksia ja näkemyksiä toteutumisesta tai kohde ympäristö on ollut heräämöhön verraten varsin erilainen. Aihetta on kuitenkin sivuttu osittain useammassa tutkimuksessa, tai tutkimukset ovat sisältäneet osioita, jotka käsittelevät yksityisyyden toteutumisesta.

Rosqvistin (2003) tekemässä väitöskirjatutkimuksessa, potilaiden kokemuksista henkilökohtaisesta tilastaan ja sen säilymisestä sisätautiosastolla, potilaat kokivat itsemääräämisoikeutensa ja yksityisyytensä säilymisen tärkeänä hoidon aikana. (Rosqvist 2003, 89-90.) Tutkimuksen mukaan potilaat halusivat tietää ennalta, mitä heille aiotaan tehdä. Tuloksista kävi myös ilmi, että 45% potilaista kokivat kosketuksen, josta ei etukäteen tiedotettu, epämiellyttäväksi. Potilaat korostivat sosiaalisen tilansa rajaamisen tärkeyttä ja mahdollisuutta vetäytyä omiin oloihinsa. Fyysisen yksityisyyden suojaamisessa käytetyt apuvälineet koettiin tärkeiksi ja potilaat jopa kokivat esimerkiksi väliverhot ajoittain riittämättömänä yksityisyyden suojana (Rosqvist 2003, 74-75, 85). Rosqvistin saamien tulosten perusteella tässä opinnäytetyössä havainnoituja asioita voidaan siis pitää tärkeinä potilaan kokemuksiin vaikuttavina tekijöinä.

Vuonna 2010 tehdyn opinnäytetyön ”Potilaan henkilökohtaisen tilan säilyminen tehohoidossa” tulokset antavat osittain samankaltaisia tuloksia yksityisyyden toteutumisesta tehohoitotyössä kuin tässä saadut tulokset heräämön hoitotyöstä. Yhteneväiset tulokset liittyivät vuorovaikutussuhteen luomisen tärkeyteen, tulevista tapahtumista ja aikeista informointiin sekä koskettamisesta ennalta ilmoittamiseen. Tehohoitotyössä kuitenkin potilaan fyysisen suojaamisen onnistuminen jäi huomattavasti alhaisemmaksi, kuin tämän opinnäytetyön tulosten mukaisesti heräämön hoitotyössä (Koivisto & Lahtela 2010, 42-43, 45-46).

Englannissa toteutettiin vuonna 2005 tutkimus, jossa kotiutetut potilaat saivat osallistua sairaalan tilojen uudistusten suunnitteluun. Potilailta tiedusteltiin heidän kokemuksiaan hoidossa olemisesta sekä hoitopaikan/osaston tilallisista ratkaisuista. Tutkimukseen osallistuneista potilaista hieman alle puolet olivat olleet sairaalassa jonkin kirurgisen toimenpiteen johdosta. Potilaiden sijoittuminen erilaisille hoito-osastoille vaihteli toimenpiteen vaativuuden mukaan. Tuloksista kävi kuitenkin ilmi, että mitä avoimempi hoitopaikka oli, ja mitä useampaa potilasta hoidettiin tilassa yhtä-aikaa, sitä tyytymättömämpiä potilaat olivat vuodepaikkaa ympäröivän yksityisen tilan vähyyteen sekä yksityisyyden ja kunnioituksen toteutumiseen. Näiden tilallisten heikkouksien lisäksi potilaat nostivat tutkimuksessa suurimmaksi huolenaiheeksi osastojen melutason sekä muut häiriötekijät. (Douglas & Douglas 2005, 264-269.)

Aiempien tutkimusten tulosten perustella voidaan päätellä, että tässä opinnäytetyössä tutkitut aiheet koetaan potilaiden mielestä tärkeiksi yksityisyyden toteutumista kuvaaviksi tekijöiksi ja saadut tulokset ovat samansuuntaisia kuin aiempien tutkimusten tulokset. Tilalliset ratkaisut asettavat rajoituksia yksityisyyden säilymisen tukemiselle, mutta toimivan vuorovaikutuksen avulla rajoituksia voidaan vähentää ja niiden vaikutuksia potilaiden kokemuksiin lievittää.

6 POHDINTA

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa tarkoituksena selvittää potilaan yksityisyyden toteutumista yhden anestesia- ja leikkausosaston heräämössä. Aihe valittiin valmiista aiheista ja sen valintaan vaikutti tekijöiden oma kiinnostus aihetta kohtaan.

Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää mitä on potilaan yksityisyys, miten se toteutuu heräämössä hoitotyön näkökulmasta sekä kuvailla tulosten avulla toteutumisen nykytilannetta. Tavoitteena oli lisätä hoitajien tietoa potilaan yksityisyydestä ja sen suojaamisesta sekä antaa ideoita toiminnan ja työskentelytapojen kehittämiseen.

Havainnointitutkimus toteutettiin ennalta sovittuina päivinä ja siihen osallistuminen oli vapaaehtoista. Yksikään heräämön hoitaja ei jättäytynyt tutkimuksen ulkopuolelle. Henkilökunnan sitoutumisesta sekä julki tuodusta mielenkiinnosta, tutkimukseen voidaan päätellä, että aihe koettiin tärkeäksi ja ajankohtaiseksi

6.1. Opinnäytetyön eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelu

Opinnäytetyön eettisyyttä sekä luotettavuutta tulee aina tarkastella hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaan. Eettisyydellä tarkoitetaan hyväksyttävien toimintatapojen käyttöä ja osoittamista. Luotettavuudella arvioidaan tiedon virheettömyyttä ja sen käyttökelpoisuutta sekä yleistettävyyttä.

Tieteellisen toiminnan ytimenä ovat etiikka ja sen kysymykset hyvästä ja pahasta sekä oikeasta ja väärästä. Tutkimuksen tulee olla rehellistä, huolellista, avointa ja tarkkaa työskentelyä, jonka tarkoituksena on noudattaa hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Lähtökohtana tulee olla ihmisarvon kunnioitus ja sen näkyminen asianmukaisena lupahankintana, osallistumisen vapaaehtoisuutena ja osallistujien anonymiteetin säilymisenä. Tutkimuksesta, jolla aiheutettaisiin vahinkoa tutkimuskohteelle, tulee pidättäytyä. Tutkimusta tehtäessä tulee kiinnittää huomiota aiempien tutkimusten kunnioittavaan käyttöön sekä teoretiedon ajantasaisuuteen. (Hirsjärvi ym. 2009, 23-27; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211-212.)

Opinnäytetyön tekemistä varten haettiin asianmukaisen tutkimusluvan Pirkanmaan Sairaanhoidopiiriltä toukokuussa 2015. Tutkimus suoritettiin syksyllä 2015. Tutkimuksesta tiedotettiin osaston henkilökuntaa asianmukaisesti ja vapaaehtoisesta osallistumisesta muistutettiin jokaisena havaintopäivänä. Lomakkeiden suunnittelussa huomioitiin tarkasti, etteivät havainnoitavat kohdat identifioi ketään. Yksikään henkilökunnan jäsen ei jättäytynyt havainnoinnin ulkopuolelle, eikä havainnoijilta pyydetty lisäselvitystä aiheesta. Havainnointipäivinä hoidossa olleille potilaille kerrottiin havainnoitsijoiden toimesta havainnoinnin koskevan hoitajien työskentelyä. Potilaille tiedottamisen kohdalla olisi voinut menetellä toisin ja informoida potilaita esimerkiksi jo ennen toimenpiteeseen menoa meneillään olevasta tutkimuksesta.

Opinnäytetyön teorian perustana käytetyt lähteet olivat ajantasaisia ja lähteinä oli käytetty kirjallisuutta sekä luotettavien tahojen julkaisuja. Osa tutkimuksessa käytetyistä lähteistä oli kirjoitettu yli kymmenen vuotta sitten, mutta uudemmat tutkimuksessa käytetyt lähteet pohjaavat niihin edelleen. Potilaan yksityisyyden toteutuminen oli yllättävän vähän tutkittu aihealue ja materiaalin löytäminen oli hankalaa.

Tutkimuksen tulokset julkaistaan täydellisinä, avoimesti ja kaunistelematta. Tuloksista ei siis saa jättää mitään omavaltaisesti pois eikä tuloksia saa vilpillisesti muuttaa tai keksiä tyhjästä. Niitä ei saa myöskään kritiikittömästi yleistää. Toisten kirjoittamaa tekstiä, tutkimuksia tai tuloksia ei saa suoraan luvattomasti lainata tai kopioida, vaan lainaukset tulee merkitä asianmukaisin lähdemerkinnöin. Raportoinnissa tulee kiinnittää huomiota huolellisuuteen ja rehellisyyteen. Raportin tulisi kuvata mahdollisimman tarkasti käytetyt menetelmät ja tutkimuksen aikana havaitut puutteet tulee tuoda julki (Hirsjärvi ym. 2009, 25-27).

Havainnoinnissa saadut tulokset vietiin SPSS-ohjelmaan sellaisenaan, mitään niistä pois jättämättä tai mitään niihin lisäämättä, ja analysointi tehtiin siitä saatujen tulosten pohjalta. Lomakkeet oli numeroitu juoksevin numeroin, jolloin mahdolliset virheet tai puutteet matriisissa oli helppo tarkistaa. Tulokset avattiin, niitä mitenkään yleistämättä, kuvaavasti kirjoittaen ja taulukoita apuna käyttäen. Tutkimuksen tuloksia tarkasteltiin huolellisesti ja ne raportoitin rehellisesti. Opinnäytetyössä käytetyt lähteet ilmoitettiin asianmukaisesti lähdeluettelossa, sekä tekstiviitteet merkittiin tekstiin Tampereen ammattikorkeakoulun kirjallisen raportoinnin ohjeen mukaisesti. (Virikko 2015, 22-23.)

Tutkimuksen pyrkimys on tuottaa luotettavaa tietoa ja välttää virheitä. Tutkimukseen kuuluukin oleellisena osana sen luotettavuuden arviointi. Määrällisen tutkimuksen luotettavuus koostuu kahdesta päätekijästä; validiteetista ja reliabiliteetista. Validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen kykyä mitata juuri sitä asiaa, mitä halutaan tutkia ja mistä saada tietoa. Reliabiliteetti taas kuvastaa tulosten pysyvyyttä ja toistettavuutta (Hirsjärvi ym. 2009, 231-232; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189-190).

Luotettava, uusi mittari rakennetaan ajanmukaisen teorian pohjalta. Käsitteet muutetaan mitattavaan muotoon, eli operationalisoidaan, huolellisesti ja jokainen mittarin muuttuja tulee voida perustella kirjallisuudella. Mittarin kysymysten tai havaintokohtien rakentamisessa tulee noudattaa tarkkuutta, jotta asiat olisivat esitetty samalla tavalla käsiteltävässä muodossa (Valli 2015, 139; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 190-191). Mittarin sopivuutta tulee esitellä ennen varsinaista tutkimusta, jotta se on luotettava ja toimiva. Uuden mittarin kohdalla esitteen merkitys luotettavuuteen korostuu. Hyvä tieteellinen käytäntö velvoittaa säilyttämään tutkimusaineistoa siten, että ulkopuoliset eivät pääse niihin käsiksi ja esimerkiksi havainnointilomakkeet tulee hävittää analysoinnin jälkeen (Vilka 2007, 78, 95-96).

Havaintolomake suunniteltiin ja operationalisoitiin saadun teoriatiedon pohjalta vastamaan tutkimukselle asetettuihin kysymyksiin. Lomake pidettiin leikkausosaston henkilökunnalta salassa, jotta tulokset olisivat mahdollisimman luotettavia sekä havainnointitilanteet luontevia. Lomaketta esiteltiin ensimmäisen havainnointipäivän aamupäivänä, kumpikin havainnoija 15 eri tilanteen verran ja tämän jälkeen lomaketta tarkennettiin vielä muutaman kohdan osalta. Koko opinnäytetyöprosessin ajan lomakkeita säilytettiin ja käsiteltiin siten, että muut kuin opinnäytetyön tekijät eivät päässeet näkemään niitä. Analysoinnin jälkeen lomakkeet tuhottiin asianmukaisesti.

Tulokset saattavat vääristyä hieman, sillä osassa havaintoja heräämössä oli vain yksi potilas, jolloin esimerkiksi keskustelun kuuluvuutta ei tarvinnut tämän vuoksi kontrolloida tai lupaa vuoteenvierusraporttiin ei tarvinnut tiedustella. Potilaiden määrää tai yhtäaikaista ei osattu ennakoita havaintolomaketta suunniteltaessa, koska tästä ei ollut etukäteistä tietoa. Hoitohenkilökunnan käytös vaikutti luontevalta havainnoitsijoiden läsnäolosta huolimatta, jopa aika-ajoin siinä määrin että havainnoitsijat kokivat tullessa unohtetuksi. Tämän vuoksi on mahdollista, että henkilökunta ei kokenut tilassa olevan läsnä ylimääräisiä henkilöitä, joilta potilaiden tietoja tulisi suojata. Havainnoitsijoiden tiedossa

oleva hoitoalan työtausta sekä tuleva ammatti saattoivat myös vaikuttaa henkilökunnan kokemukseen havainnoitsijoiden uhattomuudesta.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, toteutuuko potilaan yksityisyys heräämön hoitotyössä. Havainnointitutkimuksen avulla saatiin tietoa käytössä olevista hoitotyön keinoista yksityisyyden säilyttämiseksi. Tulokset kuvaavat toteutumisen nykytilannetta ja antavat ehdotuksia muutostarpeille eli tutkimuksella saatiin siis tietoa siitä, mistä haluttiinkin.

Tuloksia tarkasteltaessa on kuitenkin huomioitava, että ne kuvaavat ainoastaan yhden leikkaus- ja anestesiayksikön nykytilannetta ja realistisen vertailun tai yleistettävyyden aikaansaamiseksi tutkimus tulisi toistaa useammassa yksikössä. Tuloksia tarkasteltaessa tulee myös huomioida puutteellisen ennakkotiedon vaikutus käytetyn mittarin tarkkuuteen. Validiteettia heikentävinä tekijöinä voidaan pitää myös opinnäytetyön tekijöiden kokemattomuus mittarin ja havaintotutkimuksen tekemisessä sekä tulosten analysoinnissa.

6.2. Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön tulosten pohjalta esitetyt jatkotutkimusehdotukset;

1. Yksityisyyden toteutuminen heräämössä potilaan näkökulmasta
2. Millaista yksityisyyttä, ja kuinka paljon, potilaat kokevat tarvitsevansa heräämössä
3. Hoitajien kokemukset potilaiden yksityisyyden toteutumisesta ja haasteet toteuttamisesta heräämön hoitotyössä

Kehittämisehdotuksena tulosten pohjalta esitetään käytettyjen suojainten asianmukaisuuden ja toimivuuden tarkastelua sekä potilaan sosiaalisen yksityisyyden rajaamisen mahdollisuuden selvittelyä.

6.3. Oman oppimisen pohdinta

Opinnäytetyön prosessi on ollut mielestämme sekä antoisaa, että mielenkiintoista, mutta myös aika-ajoin hyvin hankala. Teoria-osuuden kirjoittamiseen tarvittavan lähde materiaalin löytäminen oli haastavaa ja aiheen viimeaikainen, vähäinen tutkiminen yllätti meidät. Vanhempaa lähdemateriaalia olisi löytynyt enemmän, mutta relevanttiuden varmistamiseksi jouduimme rajaamaan paljon lähteitä pois. Kuitenkin edelleen käytössä ovat 2000-luvun alkupuolen teokset, joihin uudemmassa kirjallisuudessa viitataan.

Aiheen koimme kuitenkin hyvin mielenkiitoiseksi, sillä huomasimme itekin, miten vähän tulee lopulta kiinnitettyä huomioita yksityisyyden kaikkiin osa-alueisiin ja mikä kaikki vaikuttaa yksityisyyden kokemiseen. Teoria-osuuden kirjoittamisen jälkeen koimme vasta itekin ymmärtävämmä yksityisyyden käsitteen laajuutta ja päällekkäisyyttä. Useat eri toiminnat vaikuttavat moneen yksityisyyden osa-alueeseen, sillä yksityisyyden jaottelu pienempiin kokonaisuuksiin on haastavaa yksiselitteisesti. Kokemuksiin vaikuttavat aina lisäksi kunkin yksilön omat arvot ja oma käsitys yksityisestä tilastaan sekä sen tarpeesta.

Ennen opinnäytetyön tutkimuksen tekemistä omina ennakko-oletuksina olivat, että yksityisyyden toteutumisessa tulee olemaan haasteita ja ehkä jopa puutteita. Ennakko oletuksemme havainnoinnin tuloksista osoittautuivat osittain oikeiksi. Positiivista oli kuitenkin havaita, kuinka luonteva osa hoitotyön toteuttamista yksityisyyden suojaaminen ja turvaaminen voivat olla. Havainnointitutkimuksen tekemisen jälkeen koimme saaneemme konkreettisia esimerkkejä tilanteista ja toiminnoista, jotka aiheuttavat uhkaa potilaan yksityisyyden säilymiselle ja turvaamiselle. Lisäksi vuorovaikutuksen rooli korostui entisestään hoitotyön yhtenä tärkeimpänä välineenä, sillä sen avulla pystytään ehkäisemään yksityisyyden vaarantumista jopa tilanteissa, joissa toteuttaminen ei esimerkiksi tilallisten puitteiden vuoksi ole mahdollista.

Uskomme, että opinnäytetyömme tekemisellä on huomattava vaikutus tulevaan työskentelyymme kasvaneen tiedon myötä ja osaamme huomioida potilaan yksityisyyttä jatkossa huomattavasti paremmin kuin ilman työn tekemistä olisimme osanneet. Toivomme, että työmme aihe herättää mielenkiintoa ja keskustelua sekä omien toimintatapojen pohdiskelua niin hoitoalan opiskelijoiden kuin ammattilaistenkin keskuudessa.

LÄHTEET

- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012 Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. 2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- AORN. 2014. Perioperative Standards and Recommended Practices for Inpatient and Ambulatory Settings. Denver: AORN Publications.
- Burke, K., LeMone, P., Mohn-Brown, E. & Eby, L. 2014. Medical-surgical nursing care. 3. painos. Essex: Pearson.
- Douglas, C. & Douglas, M. 2005. Patient-centred improvements in health-care built environments: perspectives and design indicators. An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy. Health Expectations 8/2005, 264-276.
- EORNA Educational Committee. 2009. EORNA Framework for Perioperative Nurse Competencies. Julkaistu 3/2009. Tulostettu 29.1.2016. http://www.eorna.eu/EORNA-Framework-for-Perioperative-Nurse-Competencies_a359.html
- FORNA ry. 2016. Kansainvälinen toiminta. Luettu 16.2.2016. <http://www.forna.fi/jasenasiat/kansainvalinen-toiminta>
- Goodman, T. & Spry, C. 2014. Essentials of perioperative nursing. 5. painos. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Grönfors, M. 2015. Havaintojen teko aineistonkeräyksen menetelmänä. Teoksessa Valli, R. & Aaltola, J. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Jyväskylä: PS-kustannus, 154-170.
- Hatfield, A. & Tronson, M. 2009. The complete recovery room book. 4. painos. New York: Oxford University Press.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15 painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Koivisto, M. & Lahtela, H-M. 2010. Potilaan henkilökohtaisen tilan säilyminen tehohoidossa. Hoitotyön koulutusohjelma. Tampereen ammattikorkeakoulu. Tampere. Opin näytetyö.
- Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2012. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Leino-Kilpi, H., Hupli, M. & Salanterä, S. (toim.). 2002. Potilaan yksityisyys terveydenhuollossa. Turku: Turun Yliopisto.

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2013. Perioperatiivinen hoitotyö. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Lukkarinen, H. Virsiheimo, T. Hiivala, K. Savo, M. & Salomäki, T. 2012. Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisuudesta siirrosta vuodeosastolle. Hoitotyön tutkimussäätiö. Luettu 21.4.2015. http://www.hotus.fi/system/files/KK_heraamohoito.pdf

Nummenmaa, L. 2009. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Rosqvist, E. 2003. Potilaiden kokemukset henkilökohtaisesta tilastaan ja sen säilymisestä sisätautien vuodeosastoilla. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen Oulun yliopistollinen sairaala. Oulu: Oulun yliopisto. Väitöskirja.

Sairaanhoitajaliitto. 1996. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Päivitetty 3.10.2014. Luettu 19.4.2015. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Smeltzer, S., Bare, B., Hinkle, J. & Cheever, K. 2010. Brunner & Suddarth's Textbook of medical-surgical nursing. 12. painos. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Stenfors, P. 2015. Tilastollinen analyysi: Kvantitatiivinen tutkimus. Luento. 23.09.2015. Kohdennetut metodiopinnot: Määrällisen opinnäytetyö. 23.09.2015-28.10.2015. Hoitotyön koulutusohjelma. Tampereen ammattikorkeakoulu. Tampere.

Valli, R. 2015. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: PS-kustannus

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Vilka, H. 2007. Tutki ja Mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Virikko, H., 2015. Kirjallisen raportoinnin ohje. Hoitotyön koulutusohjelma. Tampereen ammattikorkeakoulu. Tampere.

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje

TIEDOTE



21.9.2015

LEIKKAUSOSASTON HENKILÖKUNTA/HERÄÄMÖT

Hei,

Opiskelemme Tampereen ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajiksi ja teemme opinnäytetyötämme ”Potilaan yksityisyyden toteutuminen heräämön hoitotyössä –Hoitotyön näkökulma” yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ja osastonne kanssa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa organisaation lupamenettelyn mukaisesti. Työtämme varten suoritamme työyksikössänne (heräämöt) havainnointitutkimusta viikolla 39 ja tarvittaessa jatkamme toimintanne mukaan viikoilla 42 ja 46.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää potilaan yksityisyyden toteutumista leikkausosastonne heräämössä/heräämöissä hoitotyön näkökulmasta. Tehtävänä on selvittää mitä potilaan yksityisyydellä tarkoitetaan, sekä havainnoimalla kartoittaa sen toteutumista heräämössä/heräämöissä. Lisäksi opinnäytetyön tehtävänä on kuvata yksityisyyden toteutumisen nykytilannetta teidän lisäksenne myös muille perioperatiivisissa yksiköissä työskenteleville hoitohenkilöille.

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä hoitajien tietoa potilaan yksityisyydestä ja sen suojaamisesta. Tutkimuksen pohjalta leikkausosastonne heräämön henkilökunta voi tarvittaessa kehittää työskentelytapojaan ja suunnitella jatkossa toimintoja sekä toimitiloja yksityisyyttä tukevammaksi.

Tutkimus tehdään havainnointitutkimuksena ennalta suunnitellun lomakkeen avulla. Lomakkeelle tai tutkimusaineistolle ei identifioida havainnointipäivien vuorossa olevia hoitajia tai potilaita millään tavalla. Kerättävä aineisto kuvaa ainoastaan vuorovaikutus- ja hoitotoimenpidetilanteita ja yksityisyyden toteutumista niissä. Havaintoja kerätään koko heräämön potilas-hoitaja kontakteista. Opinnäytetyöhön osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen.

Opinnäytetyön valmistuttua havainnointi-aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Yksittäisiä henkilöitä tai tutkimuksen suorituspaikkaa ei valmiista työstä voi tunnistaa. Opinnäytetyö valmistuu keväällä 2016. Valmis opinnäytetyö esitellään yksikössänne osastotunnin yhteydessä keväällä 2016 sekä ammattikorkeakoulumme opinnäytetyö-seminaarissa.

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

Ystävällisin terveisin

Mervi Ahonen
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen Ammattikorkeakoulu
mervi.ahonen@health.tamk.fi

Marika Korkalainen
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen Ammattikorkeakoulu
marika.korkalainen@health.tamk.fi

Liite 2. Havainnointi lomake

HAVAINNOINTI LOMAKE

1 (3)

1. Hoitotilanne:
 - a. Vuorovaikutuksellinen (raportti, ohjaus, voinnin tiedustelu)
 - b. Toiminnallinen (tutkimus, mittaus, toimenpide)

2. Potilas on orientoitunut:
 - a. kyllä
 - b. ei

3. Potilas pystyy ilmaisemaan itseään:
 - a. Sanallisesti
 - b. äännelemällä
 - c. ilmein tai elein
 - d. katsekontaktilla tai sen välttelyllä
 - e. ei havaintoa

4. Potilasta tervehdittiin:
 - a. kyllä
 - b. ei

5. Puhuttelu kohteliasta:
 - a. kyllä
 - b. ei
 - c. ei puhetta

6. Selkokieltä käytettiin:
 - a. kyllä
 - b. ei
 - c. ei puhetta

7. Potilaalle kerrottiin, mitä aiotaan tehdä: 2 (3)
- kyllä
 - ei
8. Keskustelu oli kuultavissa:
- koko heräämössä
 - muutaman heräämöpaikan päähän
 - vierustoverin kohdalla
 - vain hoitajan ja potilaan kesken
9. Potilaan nimeä käytettiin kokonaisuudessaan muiden potilaiden kuullen:
- kyllä
 - ei
10. Potilaan henkilötunnus kerrottiin kokonaisuudessaan muiden potilaiden kuullen:
- kyllä
 - ei
11. Tehty/suunniteltu toimenpide kerrottiin muiden potilaiden kuullen:
- kyllä
 - ei
12. Potilaalta kysyttiin lupa vuoteenvierusraporttiin hänen ollessa hereillä:
- kyllä
 - ei
13. Potilasta informoitiin ennen koskettamista:
- kyllä
 - ei
 - ei keskustelua
14. Potilaan kehoa suojattiin tarpeettomilta katseilta:
- kyllä
 - ei
 - ei tarvetta

15. Käytettiinkö toiminnallisen hoitotyön aikana suojauksessa: 3 (3)
- a. väliverhoja
 - b. sermejä
 - c. muuta suojausta (peitto, liina tms. näköyhteyden esto)
 - d. ei mitään
 - e. ei toiminnallinen tilanne
16. Potilaalta tiedusteltiin heräämööön saapumisen jälkeen halua olla muiden potilaiden näkymättömissä (sosiaalisen yksityisyyden rajausta):
- a. kyllä
 - b. ei
 - c. ei tarvetta
17. Hoitovälineistöä jätettiin tarpeettomasti potilaan vuoteelle:
- a. kyllä
 - b. ei