
Leikkauspelko ja sen lievittäminen

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus




Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusvastuu

Lahdensivu, kevät 2017

Essi Laukkarinen



LAHDENSIVU
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja

Tekijä	Essi Laukkarinen	Vuosi 2017
Työn nimi	Leikkauspelkojen tunnistaminen ja hoito	

TIIVISTELMÄ

Monet potilaat kokevat pelkoa tai ahdistusta ennen leikkausta tai toimenpidettä. Pelko ja ahdistus aiheuttavat sekä psyykkisiä ja fyysisiä muutoksia potilaan terveydentilassa, jotka saattavat vaikuttaa paranemiseen, komplikaatioiden riskiin sekä muutoksiin anestesiassa, unohtamatta potilaan kokemaa kärsimystä pelosta johtuen. Opinnäytetyön idea saatiin Kanta-Hämeen keskussairaалalta.

Opinnäytetyön tavoitteena on tutkia, millaisia pelkoja potilaat kokevat leikkauksesta sekä millaisia hoitotyön keinoja on lievittää näitä pelkoja ja ahdistusta. Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Työn teoriapohja kerättiin alan kirjallisuudesta, hoitotyön oppikirjoista sekä hoitotieteellisistä artikkeleista.

Opinnäytetyön johtopäätöksenä voidaan todeta, että leikkauspelkoa aiheuttaa kontrollin menettämisen pelko ja pelko kuolemasta, pelko itse leikkauksesta ja mahdollisista komplikaatioista, huoli anestesiasta sekä pelko kivusta. Myös ero perheenjäsenistä, taloudelliset huolet sekä sairaalan vieraus aiheuttavat pelkoa.

Leikkauspelkoa voi ja sitä pitää lievittää potilasohjauksella, tiedonantamisella, hoitajakontaktilla, sosiaalisella ja henkisellä tuella sekä muilla vaihtoehtoisilla keinoilla kuten lämmöllä, musiikilla, kosketuksella. Potilaan ottaminen todesta ja hänen yksilöllinen hoitonsa ovat tärkeässä roolissa leikkauspelkojen lievittämisessä.

Avainsanat Leikkauspelko, perioperatiivinen hoitotyö, preoperative anxiety

Sivut 19 s.

Lahdensivu
Degree programme of nursing

Author	Essi Laukkarinen	Year 2017
Subject of Bachelor's thesis	Perioperative anxiety and nursing interventions	

ABSTRACT

Perioperative anxiety is a common issue in perioperative environment. Numerous patients feels stress, anxiety or fear before a surgery or operation. Preoperative anxiety can cause changes in physical or psychological conditions, in rehabilitation or cause complications and troubles in anesthesia. Furthermore anxiety is in connection to the suffering experienced by patients and should therefore be minimized to guarantee high quality nursing care.

The idea of this Bachelor's thesis came from Kanta-Hämeen keskussairaala. The aim of this thesis is to answer questions about what kind of anxiety or fear patient is feeling before surgery and which kind of nursing interventions there are to ease that anxiety. The methodology chosen for the thesis is descriptive literature review. The theory base of this thesis is obtained from literature of nursing and nursing science articles.

The conclusion of this thesis was that many patients feel anxiety during perioperative care. That is why it is important that perioperative practitioners are able to reduce that anxiety. The most common causes for fear were fear of losing control, fear of the unknown, surgery, anesthesia, pain and complications.

Nursing interventions include informing patients, providing mental or social support and a contact with a nurse or alternative methods like warming, music or touch.

Individual care and taking the feelings of patients seriously are essential for perioperative nursing.

Keywords Preoperative anxiety, nursing intervention, perioperative nursing

Pages 19 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	MITÄ ON LEIKKAUSPELKO	2
2.1	Perioperatiivisen hoitotyön perusteet	2
2.2	Pelon ja ahdistuksen ilmeneminen	3
2.3	Mitä leikkauspelko aiheuttaa?	3
2.4	Leikkauksen aiheuttama stressi.....	4
2.5	Muita pelkoon vaikuttavia tekijöitä.....	5
3	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS.....	6
4	TIEDONHAKU JA AINEISTON VALINTA	6
4.1	Kirjallisuuskatsaus	6
4.2	Aineiston haku.....	7
4.3	Aineiston valinta	8
4.4	Aineiston analyysi	10
5	TULOKSET	10
5.1	Millaisia pelkoja potilaat kokevat?	10
5.2	Miten leikkauspelkoa voi lievittää	11
5.2.1	Hoitajan rooli.....	12
5.2.2	Lämpö.....	13
5.2.3	Musiikki.....	13
5.2.4	Psykoedukaationaalinen interventio	14
5.2.5	Preoperatiivinen interventio	14
5.3	Yhteenveto	15
6	POHDINTA.....	15
6.1	Aineisto ja sisältö	16
6.2	Toteutus ja opinnäytetyöprosessi	16
6.3	Opinnäytetyön merkitys hoitotyölle.....	17
	LÄHTEET	18

1 JOHDANTO

Leikkauspelko on yleinen ilmiö perioperatiivisessa hoitotyössä. Leikkauspelko tai ahdistus aiheuttaa epä mukavuutta sekä potilaalle että saattaa aiheuttaa muutoksia jotka pitää huomioida perioperatiivisessa hoidossa. Leikkauspelkoja voi kuitenkin lievittää hoitotyön menetelmin.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin miten ja millaisia pelkoja potilaat kokevat ennen toimenpidettä tai leikkausta ja millaisin keinoin voi hoitaja niitä lievittää. Työn teoriatieto on kerätty alan kirjallisuudesta sekä hoitotieteellisistä artikkeleista ja tutkimuksista. Opinnäytetyön rakentuu teoriaosasta jossa perehdytään siihen mitä leikkauspelko on ilmiönä sekä kirjallisuuskatsaukseen tutkimusmenetelmänä. lopuksi tarkastellaan millaisia keinoja oli lievittää pelkoa valituissa artikkeleissa.

Hoitotyön kannalta tämä opinnäytetyö kokoaa tehtyjä tutkimuksia leikkauspelkojen kannalta ja tiivistää ja vertailee niitä keskenään. Työelämäkumppanille opinnäytetyö antaa tiivistetyssä, perustellussa ja vertaillussa muodossa lisää tietoa leikkauspeloista kuin niiden lievittämisestä. Opinnäytetyö ja sen tekeminen kehittää omaa osaamista perioperatiivisen hoidon saralla ja antaa valmiuksia sairaanhoitajan rooliin perioperatiivisessa ympäristössä. Opinnäytetyö antaa enemmän valmiuksia kohdata potilas, sekä tunnistaa hänen kokemaa pelkoa tai ahdistusta ja antaa keinoja helpottaa näitä ennen leikkausta.

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Kanta-Hämeen keskussairaalan silmäyksikkö, joka tilasi opinnäytetyön koskien silmäleikkauspotilaan pelkoja. Johtuen silmäpotilaiden ja silmäleikkausten aineiston niukkuudesta johtuen aihetta laajennettiin koskemaan yleisesti leikkauspelkoja.

Opinnäytetyössä käytetään termejä ”pelko” ja ”ahdistus” rinnakkain käsittelemään samaa tutkittavaa ilmiötä. Englanniksi termi ”preoperative anxiety” (suomeksi leikkausta/toimenpidettä edeltävä ahdistus) on rinnastettavissa suomenkieliseen termiin ”leikkauspelko” vaikka pelko ja ahdistus käsitteinä eivät ole samanveroisia ja ovat toisistaan eroavia termejä.

2 MITÄ ON LEIKKAUSPELKO?

Leikkauspelko on potilaan ennen toimenpidettä tai leikkausta kokemaa pelkoa tai ahdistusta (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 32). Ahdistus on epämiellyttävä tunne joka vaikuttaa ihmiseen sekä psyykkisesti, fyysisesti sekä tunteellisesti. Uhka mistä potilas kokee pelkoa ja ahdistusta tunnetaan voi olla sekä todellinen tai kuviteltu. (Viars 2009, 284). Ahdistusta on kuvailtu myös energialähteeksi, joka kuuluu erottamattomasti ihmisen kehitykseen. Ahdistus on tärkeä ja tarpeellinen tunne jotta biologinen kehitys ja emotionaalinen kasvu olisivat mahdollista. (Erci, Sezgin & Kacmaz 2008, 60).

Erilaiset kirurgiset toimenpiteet aiheuttavat potilaalle huolta ja pelkoa. Kuinka voimakkaasti potilas kokee pelkoa saattaa vaihdella lievästä levottomuuden tunteesta voimakkaaseen pelkoon ja ahdistukseen. Pelon tunteminen ennen leikkausta tai toimenpidettä aiheuttaa potilaalle turvattomuuden olotilan sekä vähentää omaa itsehallinnan kokemista. (Heino 2005, 33).

Myöskään ajallisesti pelon tai ahdistuksen kokeminen ei välttämättä pääty leikkauksen tai toimenpiteen suorittamiseen, se voi jatkua voimakkaana useita päiviä toimenpiteen jälkeen. (Heino 2005, 33). Potilaan kokema ahdistus on voimakkaimmillaan ennen leikkausta, ja se vähentyy heti leikkauksen jälkeen, mutta myöhemmin postoperatiivisesti se lisääntyy. (Erci ym. 2008, 60).

Eniten potilaat pelkäävät itse leikkausta sekä siinä käytettävää anestesiaa. Pelkoa potilaissa herättää myös se ettei potilaat tiedä minkälainen toimenpide on ja miten se suoritetaan. Myös postoperatiivinen kipu, epämukavuus sekä pahoinvointi herättävät pelkoa. Potilasta siis ahdistaa ja huolestuttaa tuntematon, jolloin potilaan ohjaaminen sekä tiedon antaminen nousee tärkeään rooliin tämän huolen ja ahdistuksen lievittämisessä. (Heino 2005, 33).

2.1 Perioperatiivisen hoitotyön perusteet

Perioperatiivinen hoitoprosessi jaetaan kolmeen vaiheeseen: preoperatiivinen, intraoperatiivinen sekä postoperatiivinen. Koko kolmen vaiheen ajan tärkeitä tekijöitä hoitoprosessissa ovat potilaskeskeisyys, potilaan yksilöllisyyden ja eheyden kunnioittaminen sekä turvallinen vuorovaikutussuhde potilaan ja häntä hoitavien henkilöiden kanssa.

Potilaat arvostavat hoitoprosessissa että hoitoon pääsy on nopeaa ja sujuvaa, sekä joustavaa. Leikkaus tulee suorittaa ajallaan ja henkilökunnan tulee olla luottamusta herättävää, joka saavutetaan ammattitaidolla ja pätevyydellä. Potilaan kuuntelu sekä ”ottaminen todesta” on myöskin tärkeää. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 99).

Preoperatiivisessa hoitotyössä tärkeää on potilaan ja läheisten ohjaus, tutkimusten mukaan sillä on myönteinen vaikutus paranemiseen. Potilaat jotka ovat ohjattu leikkaukseen tai toimenpiteeseen hyvin, pelkäävät vähemmän leikkauksia kuin muut ja heillä on vähemmän pahoinvointia, komplikaatioita sekä he kotiutuvat nopeammin. (Ahonen ym, 2012, 100).

Leikkausta edeltävän ahdistuksen ja pelon lievittäminen on osa rutiinihoitoa (Yilmaz, Sezer, Gürler & Bekar 2011, 958). Leikkauksen yksi tavoiteista on nopea toipuminen ja jotta tämä olisi mahdollista, on tärkeää että potilasohjaus toteutuu ennen leikkausta. (Viars 2009, 284).

2.2 Pelon ja ahdistuksen ilmeneminen

Ahdistus on epämiellyttävä tunne joka vaikuttaa potilaan tunteisiin ja sitä kautta sekä henkisesti sekä fyysisesti. Ahdistusta kuvaillaan pahaenteiseksi tunteeksi, kauhuksi tai uhaksi joka voi olla sekä kuvitteellinen että todellinen. On toisaalta odotettavaa että sairaalaympäristössä tunnetaan ahdistuksen ja pelon tunteita mutta näiden kokeminen voi tuottaa ongelmia hoitotyöhön. (Viars, 2009, 283). Ahdistus saattaa ilmetä myös potilaan välttelynä suunnitelluista toimenpiteistä (Yilmaz ym. 2011, 960).

Ahdistus ja pelko voi ilmentyä sekä psyykkisesti että fyysisesti. Fyysiset oireet ovat autonomisen hermoston kiihtymisen johtuvia kuten päänsärky, punastelu, kuiva suu, pahoinvointi, rintakipu, nopea hengitys ja sydämentykytykset. Ahdistus aiheuttaa kehossa muutoksia adrenaliinin lisääntymisen vuoksi ja kun ihminen kokee ahdistusta, ne aiheuttavat sykkeen ja verenpaineen nousua. Hengenahdistus voi aiheuttaa lisätä ahdistusta joka taas lisää hengenahdistusta. Psyykkisiä oireita ovat pelko ja huoli, uupumus, hengenahdistus, rintakipu, masennus ja ahdistus. Ahdistus aiheuttaa kehossa fysiologisia muutoksia johtuen adrenaliinin lisääntymisestä, sykkeen ja verenpaineen nousuna. (Viars 2009, 283–284)

Ennen operaatiota potilaat kokevat vaihtelevissa määrin ahdistusta. On yleistä, että ennen leikkausta koetaan voimakasta ahdistusta. Mitä suurempi ahdistus potilaalla on omasta terveydentilastaan, sitä suurempaa stressiä hän kokee preoperatiivisesti. (Wagner, Byrne & Kolbaca 2006, 428; Cheng-Hua, Wei-Her, Liang-Ming, Ching-Chiu & Yi-Chung 2010, 620; Rosiek, Kornatowski, Rosiek-Kryszewska, Leksowski & Leksowski, 2016, 1.)

Hoitajat tai perioperatiivista työtä tekevät voivat havaita potilaan ahdistuksen ja haavoittuvuuden esimerkiksi näkyvistä ulkoisista merkeistä esimerkiksi ulkoisesta vaikutelmasta, vitaaleista tai tärinästä tai kankeudesta. Potilaan käytös voi vaihdella hiljaisesta ja vetäytyvästä paljon puhuvaan. Haavoittuvuus ja ahdistus näkyvät jokaisessa potilaassa yksilöllisesti. (Cousley 2015, 251.)

2.3 Mitä leikkauspelko aiheuttaa?

Leikkauspelko ja ahdistus ennen leikkausta on yhdistetty haavojen hitaaseen paranemiseen, heikentyneeseen immuunivasteeseen, nesteiden ja elektrolyyttien epätasapainon häiriöihin, sekä lisääntyneeseen infektiorisktiin. (Viars 2009, 284.) Ahdistus vaikuttaa myös negatiivisesti homeostaasiin. (Cousley 2015, 246). Potilaan kokema pelko ja ahdistus voivat lisätä anesteettien tarvetta jolloin myös anestesian riski kasvaa. Potilaat jotka pelkää-

vät leikkauksen yhteydessä kipua, saattavat myös tarvita suuremman määrän kipulääkkeitä postoperatiivisesti joka saattaa taas hidastaa leikkauksesta toipumista johtuen fyysisestä liikkeen vähyydestä, suolen toiminnan muutoksista sekä hitaasta hengityksestä. (Rosiek ym 2016, 6.)

Potilaat kokevat enemmän leikkauspelkoa ja eivät ole tyytyväisiä hoitoonsa, jos hoitohenkilöstö ei heidän mielestään ota riittävästi kontaktia tai potilasohjauksessa on puutteita. Tärkeää on ottaa myös potilas yksilöllisenä ihmisenä huomioon ja ottaa hänet ja hänen huolensa todesta. Jos näin ei tapahdu, näkyy se vähentyneenä luottona terveydenhuoltoon. (Rosiek ym 2016, 6–7.) Myös perheenjäsenen läsnäolo sairaalassa on potilaalle tärkeää (Mitchell 2012, 46).

Ahdistus ajallisesti ei välttämättä pääty leikkaukseen vaan saattaa jatkua sen jälkeenkin. Leikkauksen jälkeen ahdistusta koetaan taloudellisesta huolesta, epävarmasta terveydentilasta sekä huonontuneesta kyvystä työskennellä. (Viars 2009, 284.)

Ahdistuneisuus, jännittyneisyys sekä pelot vaikuttavat kivun kokemiseen. Hyvä kivunhoito edistää potilaan toipumista, parantaa hoidon laatua, lisää potilaiden tyytyväisyyttä hoitoonsa sekä ehkäisee komplikaatioita. (Ahonen ym 2012, 109.) Ennen leikkausta annettava esilääke lievittää potilaan pelkoa ja ahdistusta sekä vähentää leikkauksen jälkeistä kipua, autonomisen hermoston reaktioita ja pahoinvointia (Hammar 2011, 15).

2.4 Leikkauksen aiheuttama stressi

Kirurgiaa tarvitsevat potilaat ovat haavoittuvaisempia useille stressitekijöille. (Cousley 2015, 246). Leikkaus aiheuttaa myös potilaalle stressiä. Stressi voidaan jaotella osiin; endogeeniseen sekä eksogeeniseen eli sisäiseen ja ulkoiseen. Leikkauspelko, ahdistus ja stressi ovat kaikki liitoksissa toisiinsa ja potilaan kokema stressi lisää ahdistusta.

Endogeeniseen stressiin kuuluu sisäiset tekijät, kuten tässä esimerkiksi taudin itsensä aiheuttamaan stressi ja eksogeeniseen eli ulkoisen ympäristön aiheuttamaan stressiin kuuluu esimerkiksi ympäristö tai sosioekonominen status. On tärkeää että terveydenhuollossa pyritään vähentämään stressin vaikutusta jotta voidaan parantaa potilaiden terveydentilaa. (Rosiek, ym. 2016, 2)

Kirurginen leikkaus ja sen aiheuttama kirurginen trauma on keholle stressi mutta se aiheuttaa myös psyykkisfyysisiä stressireaktioita. Stressi vaikuttaa keskushermostoon, endokriiniseen järjestelmään sekä immunologiseen systeemiin. Stressi näinollen nostaa haavoittuvuutta sairauksille, nostaa postoperatiivisten komplikaatioiden riskiä sekä voi vaikuttaa myös fyysisiin toimintoihin kuten käyttäytymismalleihin. Stressi voi heikentää unirytmisiä, ravitsemusta sekä lisätä liikkumattomuutta. (Yilmaz, ym 2011 956-957) Stressi aiheuttaa potilaalle myös epämiellyttävää oloa ja epämukavuuden tunnetta, pelokkuutta, vetäytyneisyyttä sekä vihaa. (Cousley 2015, 253)

Leikkauksen aiheuttavan stressireaktio voidaan jakaa kolmeen osaan: hälytys, sopeutuminen ja uupuminen. Hälytysvaiheessa elimistö on altistunut stressitekijöille ja alkaa vastustaa niitä, sopeutumisvaiheessa keho sopeutuu stressitekijöihin ja uupumisvaiheessa kehon mukautuvuus on lopussa. (Cousley 2015, 247)

Akuutissa stressireaktiossa erittyy erilaisia hormoneja. Asetyylikoliini aktivoi adrenaliinin ja noradrenaliinin tuotantoa joka lisää verenkiertoelimistön ja hengityselimistön toimintaa aiheuttaen sydämen sykkeen nousua. Keuhkoputket laajenevat, hengityksen tahti kiihtyy ja syvenee, verenkierto paranee sydämeen ja luulihaksiin. Adrenaliini aiheuttaa myös verensokerin nousua ja vähentää insuliinin eritystä. Muita reaktioita ovat hikoilu, ihon meneminen ”kananlihalle”, pupillien laajeneminen ja ruuansulatusjärjestelmän hidastuminen. Potilas saattaa kokea myös kuumetta, takykardiaa, kohonnutta hengitystiheyttä, korkeaa verenpainetta sekä verisuonten supistumista. (Cousley 2015, 247)

Kroonisessa stressireaktiossa keho altistuu pitkän aikaa stressille joka saa aikaan kipuperkkyyttä sekä endorfiinien vähenemistä. Glukoneogeneesi saa aikaan tilan jossa keho muodostaa glukoosia proteiineista ja rasvoista joka taas nostaa verensokeritasoja. Myös veren volyymi kasvaa ja nostaa verenpainetta sekä viskositeettia. Immuunisysteemi vaimenee ja aiheuttaa inflammatiota. Henkisesti väsymys ja uupumus aiheuttavat loppuun palamisen. (Cousley 2015, 247) Näiden henkisten ja fyysisten tekijöiden kannalta on erittäin oleellista että stressireaktiota ja siitä johtuvaa ahdistusta pyritään lievittämään kaikin mahdollisin keinoin perioperatiivisessa hoitotyössä.

2.5 Muita pelkoon vaikuttavia tekijöitä

Anestesiamuoto vaikuttaa myös potilaan kokemaan ahdistukseen. Yleisanestesia herättää potilaassa enemmän pelkoa kuin paikallinen anestesia. Potilaat joiden anestesiamuoto oli yleisanestesia, halusivat enemmän tietoa ja ohjausta ja aikaisemmin kuin paikallisen anestesian potilaat. Huolimatta siitä että paikallinen anestesian potilaat kokevat vähemmän pelkoa, ei paikallinen anestesia ollut potilaille toivottu vaihtoehto sitä tarjotessa. (Mitchell 2013, 43-45). Rungas sosiaalinen tuki on yhdistetty anestesiassa käytettävien aineiden vähempään tarpeeseen. (Yilmaz ym. 2011, 957)

Myös sukupuolella on merkitystä pelon ilmenemisessä. Naiset kokevat enemmän ahdistusta ennen leikkausta kuin miehet ja naisten ahdistus alkaa aiemmin leikkausta kuin miesten. Ikä, asumispaikka tai koulutustaso ei vaikuta koetun pelon määrään. Naisten ja miesten välisissä eroissa toisaalta pitää huomioida että naiset saattavat vastata totuudenmukaisemmin leikkauspelkoa mittaaviin tutkimuksiin kuin miehet, eivätkä siis välttämättä koe pelkoa enemmän kuin miehet. Yhteistä sekä miehille että naisille on että molemmilla on tapana vähätellä ahdistusta ja pelkoa siitä kysyttäessä. (Mitchell 2013, 45-46; Rosiek ym 2016, 5.)

Naiset suosivat kumppanin tai ystävän läsnäoloa ennen leikkausta sekä halusivat puhua toisten potilaiden kanssa. Miehillä leikkauspelkoa ja ahdis-

tusta lievitti modernin näköinen osasto sekä varustus enemmän. Ennen leikkausta miehet halusivat lukea tietoa leikkauksesta tai kuuntelivat musiikkia tai lukivat. Miehillä läheinen emotionaalinen tuki saattaa aiheuttaa ahdistuksen lisääntymistä vaikka naisilla se lievittääkin pelkoa. (Mitchell 2013, 43-46.) Naisten ja miesten välisiä eroja pelon ja ahdistuksen kokemisessa on ehdotettu että naiset ahdistuvat miehiä enemmän perioperatiivisesti koska he kärsivät enemmän perheestä erottamisesta kuin miehet ja se vaikuttaa naisiin suuremmassa määrin kuin miehiin. (Yilmaz ym. 2011, 961.)

3 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tarkoituksena on koota ja vertailla jo tutkittua olemassa olevaa tietoa leikkauspeloista kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin, Tavoitteena on tiivistää tieto ilmiöstä helposti ymmärrettävään ja luettavaan muotoon eli saada käsitys siitä mitä leikkauspelko on ja millaisia keinoja on sitä lievittää.

Opinnäytetyön tarkoituksena onkin vastata seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Millaisia pelkoja tai ahdistusta potilaat kokevat ennen toimenpidettä tai leikkausta?
2. Millaisia keinoja on lievittää tätä ahdistusta tai pelkoja?

4 TIEDONHAKU JA AINEISTON VALINTA

Tässä luvussa paneudutaan kirjallisuuskatsaukseen tutkimusmenetelmänä sekä aineiston hakuun, sen analyysiin ja käsittelyyn. Työhön valittu aineisto on myös taulukoitu vertailun helpottamiseksi.

4.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kartoittaa tutkittavaa ilmiötä ja siitä laadittuja tutkimuskysymyksiä, sekä millaisista näkökulmista sekä kuinka sitä on aiemmin tutkittu. Kirjallisuuskatsaus keskittyy tutkimuskysymysten kannalta oleellisiin artikkeleihin, tutkimuksiin ja muihin keskeisiin julkaisuihin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 121.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi kirjallisuuskatsauksen perusmuodoista. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleiskatsaus ilman tiukkaan rajattuja sääntöjä. Tutkimuskysymykset ovat väljempiä verrattuna systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen, mutta ilmiötä pystytään tutkimaan laajasti sekä pystytään määritellä tutkittavan ilmiön ominaisuuksia. (Salminen 2011, 6.)

Tarkoituksena kirjallisuuskatsauksessa on tuottaa kuvaileva ja laadukas vastaus. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus rakentuu vaiheista joista ensimmäisenä muodostetaan tutkimuskysymys ja valitaan sopiva aineisto katsausta varten. Tämän jälkeen voi alkaa aineiston kuvailu sekä lopuksi tarkastellaan

saavutettuja tuloksia. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 292.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus perustuu vahvasti aineistolähtöistä ja tarkoituksena on ymmärtää tutkittavaa ilmiötä. Jotta katsauksen luotettavuus ei kärsi, tulee tutkimuskysymys ja valittu kirjallisuus perustella. Myös argumentoinnin tulee olla vakuuttavaa ja prosessi johdonmukainen. (Kangasniemi ym. 2013, 292.) Kirjallisuuskatsauksen etuina on että sen avulla voi käsitellä ja tiivistää laajojakin aineistoja ja tuottaa sillä tavoin uuta tietoa. Kirjallisuuskatsaus myös saa tutkijan perehtymään oman tieteenalansa keskusteluun ja löytämään perusteltua sisältöä. (Salminen 2011, 22.)

Kirjallisuuskatsaus rakentuu katsauksen suunnittelusta, katsauksen tekemisestä sekä synteesisistä. Kun kirjallisuuskatsausta aletaan suunnittelemaan, asetetaan ensin tutkimuskysymykset jotka rajaavat aiheen mitä halutaan tutkia ja mihin katsauksella pyritään saamaan vastaus. Suunnitteluun kuuluu myös tietokantojen valinta eli suunnittelu mistä haluttu aineisto kerätään. Tärkeää on suunnitella hakutermit ja rajaukset. Kun suunnitelma on tehty, voidaan itse tehdä tiedonhaku jonka jälkeen tutkitaan aineistoa ja tehdään synteesi tuloksista. Synteessissä tärkeää on tulosten laatu, luotettavuus ja tarkuus ja jossa selitetään tuloksia. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tehdään tulosten laadullinen synteesi. (Pihlainen 2016, 3.)

4.2 Aineiston haku

Opinnäytetyön tarkoituksena on vastata tutkimuskysymyksiin, joihin vastaamiseksi pyrittiin hakemaan aineistoa tarkoituksenmukaisilla hakusanoilla. Suunniteltu tiedonhaku on tärkeää katsauksen luotettavuuden perusteella, koska siinä tehdyt virheet voivat johtaa vääristyneeseen johtopäätökseen. Kirjallisuuskatsauksen tulee olla toistettavissa kuten minkä tahansa muunkin tutkimuksen (Stolt, Axelin & Suhonen 2015, 7, 24–25.)

Aineiston hakuun käytettiin Medic-, CINAHL-, Pubmed- sekä Google Scholar -tietokantoja. Sisäänottokriteereinä olivat tietokannoista hakusanoilla löytyneet tulokset, julkaisun aikaväli 2006–2016, suomen- tai englanninkielinen julkaisu sekä artikkelin tai tutkimuksen saatavuus ilman lisäkuluja. Poissulkukriteereinä olivat ennen 2006 julkaistut tutkimukset, jos aineisto ei käsitellyt kirurgisia potilaita tai aikuisia potilaita tai vastannut tutkimuskysymykseen. Aineiston rajaus tehtiin vuodesta 2006 uudempaan, huolimatta siitä leikkauspelot on ilmiönä universaali ja ajaton, kirurgian ja terveydenhuollon kehitys muuttavat potilaiden asenteita ja pelkoja.

Suomenkielisestä Medic-tietokannasta ei löytynyt lainkaan opinnäytetyöhön sopivaa aineistoa hakusanoilla ”leikkauspel*”, ”ahdistus ja leikkaus”, eikä hakusanoilla ”perioperative anxiety” ”surgical fear” eikä asiasanalla ”fear”.

Ensimmäinen haku CINAHL-tietokannasta haettiin asiasanoilla ”anticipatory anxiety” ja ”preoperative period”. Haettiin vuodesta 2006 eteenpäin

julkaistuja englanninkielisiä tutkimuksia, ja joissa mahdollisuus koko artikkelin käyttöön. Ensimmäisessä haussa löytyi neljä tutkimusta, joista valittiin otsikon ja tiivistelmän perusteella kaksi.

Toinen haku CINAHLissa suoritettiin hakusanoilla ”preoperative” ja ”anxiety” tai ”fear” ja ”nursing”. Hakua rajoitettiin hakemalla vain aikuisista tehtyä tutkimusaineistoa sekä rajattiin aiheita ”fear anxiety and surgical patient”. Hakutuloksia tuli 26. Näistä tutkimuksista joista otsikoiden perusteella valittiin yhdeksän tarkempaan tutkiskeluun, joista kaksi artikkelia jätettiin katsauksesta poissulkukriteerien vuoksi.

PubMed-tietokannassa tehtiin haku "fear" and "preoperative period" jolla saatiin viisi hakutulosta joista yksikään ei täyttänyt sisäänottokriteereitä.

Google Scholarissa suoritettiin myös haku käyttäen hakusanaa ”leikkauspelko” muttei sisäänottokriteereitä täyttävää aineistoa löytynyt.

Yhteensä siis katsaukseen valittiin yhdeksän tutkimusta. Kaikki valittu aineisto oli englanniksi. Kirjallisuuskatsauksen aineiston haku tehtiin yhteistyössä Hämeen ammattikorkeakoulun informaation Kari Mikkosen kanssa.

4.3 Aineiston valinta

Kirjallisuuskatsauksen aineisto on haettu tietokannoista joissa on tutkittua tieteellistä tietoa, hoitotieteellisiä artikkeleita ja muita asiantuntijajulkaisuja joten aineiston tulisi olla tieteellistä, tutkittua ja luotettavaa. Otos on myös riittävän suuri kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen. Taulukkoon 1 on koottu opinnäytetyöhön valitut tutkimukset, niiden tutkimuskysymykset ja keskeiset tulokset.

Taulukko 1. Taulukko tutkimuksista

Vuosi	Otsikko	Tekijä	Maa	Tutkimuskysymys	Tulokset
2016	Evaluation of Stress Intensity and Anxiety Level in Preoperative Period of Cardiac Patients	Rosiek, A., Korna-towski, T., Rosiek-Kryszewska, A., Leksowski, A. & Leksowsk, K.	Puola	Stressin intensiivisyys sairaalapotilailla	Mitä isompi huoli terveydestä, sitä suurempi ahdistus (stressi)
2012	Anaesthesia type, gender and anxiety	Mitchell, M.	UK	Sukupuolen ja anestesian vaikutus potilaan kokemaan	Naiset selkeästi ahdistuneempia

Leikkauspelko ja kuinka sitä voi lievittää

				preoperatiiviseen ahdistukseen	preoperatiivisesti, anestesiaamuoto vaikuttaa ahdistuneisuuteen
2006	Effects of Comfort Warming	Wagner, D., Byrne, M. & Kolcaba, K.	US	Vertailla lämmitettyjen peittojen ja potilaan itsekontrolloimia lämmityspukuja ja kuinka potilas kokee termisen mukavuuden ja ahdistuksen	Tutkittava ryhmä koki selkeästi vähemmän ahdistusta kuin kontrolliryhmä
2010	Minimising preoperative anxiety with music for day surgery patients	Cheng-Hua, N., Wei-Her, T., Liang-Ming, L., Ching-Chiu, K. & Yi-Chung, C.	Taiwan	Arvioida musiikillisen intervention vaikutusta preoperatiiviseen ahdistukseen ja potilaan vitaleihin	Sekä tutkittavan ryhmän että kontrolliryhmän ahdistus lievittyi ja vitaalit paranivat, tutkittavan ryhmän kuitenkin selkeästi enemmän
2008	The impact of therapeutic relationship on preoperative and postoperative patient anxiety	Erci, B., Sezgin, S., & Kacmaz, Z.	Turkki	Tutkia terapeutin suhteen vaikutusta potilaan ahdistukseen pre- ja postoperatiivisesti	Tutkittavan ryhmän ahdistus oli selkeästi lievempi kuin kontrolliryhmän sekä pre- että postoperatiivisesti
2015	Vulnerability in perioperative patients: a qualitative study	Cousley, A.	UK	Kuinka perioperatiiviset ammattiharjoittajat ovat tietoisia ja kuinka he kokevat perioperatiivisen haavoittuvuuden	Ammattiharjoittajat ovat hyvin tietoisia haavoittuvuudesta ja olivat kokeneet sitä käytännössä
2011	Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients	Yilmaz, M., Sezer, H., Gürler, H. & Bekar, M.	Turkki	Leikkauspelon (ahdistuksen) taso kirurgisilla potilailla ja leikkauksen ja sosiaalisen tuen suhde.	Leikkauspelon voimakkuus oli yhteydessä väestötieteellisiin tekijöihin kuin myös sosiaalisen tuen määrään.
2014	Effects of a psychoedu-	Shahmansouri,	Iran	Lyhyen psykoedukationaali-	Pelko väheni tutkittavalla

	cation intervention on fear and anxiety about surgery	N., Janghorbani, M., Abbas, S., Abbas, A., Ahmad, A., Akram, A. & Sepideh, N.		sen ryhmäintervention vaikutus potilaiden pelkoon ja ahdistukseen	ryhmällä selkeästi, ahdistuksessa ei näkyvää eroa
2009	Anxiety and open heart surgery	Viars, J.	US	Avosydänleikkaukseen menevien potilaiden kokema pelko	Hoitajien tulee ymmärtää pelon vaikutus perioperatiivisesti sekä valmistaa potilasta leikkaukseen

4.4 Aineiston analyysi

Opinnäytetyöhön valitun aineiston analysointi aloitettiin tutustumalla huolellisesti valittuun aineistoon lukemalla ensin kaikki tutkimukset läpi ja varmistaen että ne vastaavat tutkimuskysymykseen. Tämän jälkeen artikkelit otettiin yksitellen tarkempaan käsittelyyn jossa tutkimuskysymykset ohjasivat aineistosta löytyvää tietoa. Tutkimuskysymyksiin liittyvä relevantti aineisto suomennettiin ja sitä jäsenneltiin taulukoiden 1 ja 2 avulla. Taulukossa 1 on tiivistetysti tutkimusten tutkittava aihe sekä tutkimuksen tulos sekä julkaisuvuosi, tekijä, otsikko ja alkuperämaa. Taulukossa 2 sivulla 18 on tiivistetty aineistosta löytyneet leikkauspelkojen aiheet sekä mahdolliset lievityskkeinot.

5 TULOKSET

Tavoitteena leikkauspelon ja leikkauksesta koetun ahdistuksen hoitamisessa on koetun pelon tai ahdistuksen väheneminen, parempi postoperatiivinen palautuminen sekä positiivinen kokemus leikkauksesta tai toimenpiteestä ja perioperatiivisesta hoidosta. (Shahmansouri ym 2013, 376.) Tavoitteena on vahvistaa potilaan kokemaa mukavuutta, lohduttaa potilasta sekä lisätä potilaan tyytyväisyyttä. Mitchell ehdottaakin että saavuttaakseen nämä tavoitteet potilas tarvitsee enemmän psykososiaalista hoivaa ja tukea jotta selviytyy paremmin sairaalassaoloajasta aiheuttamista haasteista, anestesiasta, kirurgiasta sekä kotiutuksesta. (Mitchell 2013, 41.)

5.1 Millaisia pelkoja potilaat kokevat?

Tyypillisiä huolenaiheita leikkauksessa ovat tuntematon, toipumisprosessi toimenpiteen jälkeen, leikkauksen epävarma ajoitus sekä fyysinen kykenemättömyys leikkauksen jälkeen. (Viars 2009, 283–284.)

Ennen leikkausta koettu ahdistus liitetään usein itsenäisyyden tai hallinnan menettämiseen, huoliin liittyen anestesiaan, leikkauksessa tai muualla löytyviin ei-toivottuihin diagnooseihin, postoperatiiviseen kipuun ja kuolemanpelkoon. Voimakasta ahdistusta tuntevalla potilaalla on yhteyksiä takykardiaan, hypertensioon, sydämen rytmihäiriöön sekä siihen että potilas kokee kivun voimakkaampana. (Wagner ym. 2006, 428.) Myös leikkaukseen pääsyn odottaminen lisää ahdistusta. Tyypillisimpiä huolenaiheita leikkaukseen liittyen ovat; auttaako leikkaus, kehon vahingoittuminen leikkauksessa sekä anestesian ja leikkauksen aikainen kuolema. (Mitchell 2013, 45.)

Leikkaus koetaan ahdistavaksi koska potilas ei itse pysty vaikuttamaan leikkauksen kulkuun sekä se ei ole hänen hallittavissa. Muita asioita jotka potilasta pelottaa ovat sairaalainfektiot ja komplikaatiot, mahdollinen kipu, anestesiamuoto sekä suunnitellun toimenpiteen onnistuneisuus. (Rosiek ym 2016, 6.) Myös ero perheenjäsenistä saattaa ahdistaa potilasta (Yilmaz ym. 2011, 957).

Leikkauspelko ja ahdistus alkavat merkittävästi lisääntyä muutamaa päivää tai muutamaa tuntia ennen operaatiota. Eniten ahdistusta herättää odottelu, mahdollinen kipu, anestesia, tuntematon ja itse operaatio. Myös leikkaussaliin kävely lisää potilaan kokemaa ahdistusta. (Mitchell 2013, 43–46.)

5.2 Miten leikkauspelkoa voi lievittää?

Parhaiten leikkauspelkoa lievitti ja hoitotyytyväisyyttä lisäsi tiedonantaminen, hoitajakontakti ennen leikkausta sekä ohjaus ja tieto. Liika informaatio kuitenkin voi aiheuttaa ahdistuksen lisääntymistä sekä lisätä leikkauspelkoa. (Mitchell 2013, 44–45.) Tärkeää pelkojen lievityksessä on siis preoperatiivinen psykologinen valmistaminen leikkaukseen sekä oikea-aikainen tiedonantaminen, ei liian aikaisin eikä liian lähellä leikkausta kuin myös sopiva määrä informaatiota potilaalle. Myös stressistä ja ahdistuksesta johtuvien oireiden hallinta ja lievitys ovat oleellisia hyvässä perioperatiivisessa hoidossa. (Cheng ym 2010, 620.) Potilaan kyky selviytyä leikkauksen aiheuttamasta kriisistä riippuu siitä tuesta mitä hän saa perheeltä, ystäviltä sekä terveydenhuollon henkilöstöltä. Tavoitteena on nopea toipuminen, jolloin potilas tarvitsee opetusta ja ohjausta ennen leikkausta jotta hänellä on mahdollisuus postoperatiiviseen toipumiseen ilman komplikaatioita. (Viars 2009, 284.)

Koska potilas saattaa pelätä kipua ja leikkauspelko saattaa aiheuttaa sen että potilas kokee kipua sekä tarvitsee enemmän kipulääkkeitä tulee kivunhoitoon kiinnittää huomiota. Hoitotyön mahdollisuuksia arvioida potilaan kokemaa kipua on keskustelu potilaan kanssa eli kysyä kivusta sekä vitaalien arviointi: seurata muutoksia verenpaineessa, sykkeessä. Pitää muistaa että myös kipu kuin myös ahdistus saattaa aiheuttaa epänormaaleja muutoksia vitaleissa. (Viars 2009, 285.)

Perinteisesti leikkausta edeltävää ahdistusta on hoidettu yksilöllisellä tuella sekä opettamisella ja ohjaamisella ja nämä ovatkin hyvä keino vähentää ah-

distusta. (Shahmansouri ym. 2013, 376.) Mitchell ehdottaa myös mahdollisuudesta ottaa perheenjäsenen ottamisen hoitoon mukaan. Kuten pediatriassa hoitotyössä vanhempi tai huoltaja on mukana lapsen hoitoketjussa, tulisi sitä harkita myös aikuisen hoitotyössä koska se vähentää potilaan kokemaa ahdistusta. (Mitchell 2013, 44–46.)

Muita keinoja lievittää ahdistusta ovat hengellinen tai henkinen aktiivisuus, akupainanta, musiikki, läheisten vierailut sekä sosiaalinen tuki. (Yilmaz ym 2011, 957.) Olisi tärkeää että hoitajat rohkaisisivat potilaita puhumaan tunteistaan ja peloistaan ja pystyisivät antamaan aikaa kuuntelulle (Yilmaz ym 2011, 961). Lääkehoito voi olla myös mahdollisuus ahdistuksen ja pelon hoidossa, lääkeshoidossa on tärkeää huomioida lääkkeiden sivuvaikutukset sekä se seikka että ahdistuksen ja pelon lääkehoito on erilaista pre- ja postoperatiivisesti. Yleisimpiä käytettyjä lääkkeitä ahdistukseen ovat aksiolyytit, masennuslääkkeet ja beetasalpaajat. (Viars 2009, 285.)

Myös potilaan osallistaminen omaan hoitoonsa on tärkeää. Koska pelko ja ahdistus liitetään hallinnan menettämisen pelkoon päivittäisissä toimissa, voi pelkoa ja ahdistusta lievittää kun osallistamalla potilasta hoitoonsa, jolloin hän kokee olevansa enemmän kontrollissa itsestään ja hoidostaan ja hänen kokemansa ahdistus lievenee. (Viars 2009, 285.)

Tulevaisuudessa olisi hyvä tutkia enemmän fyysistä ympäristöä ja sen vaikutusta potilaan pelkoon ja ahdistukseen sekä muita ei-lääkkeellisiä keinoja lievittää ahdistusta. Myös sosiaalisen tuen lisäämisen vaikutuksista olisi hyvä saada tulevaisuudessa enemmän näyttöä. (Mitchell 2013, 44–46.)

5.2.1 Hoitajan rooli

Cousleyn (2015, 254) tutkimuksessa käy ilmi että perioperatiiviset hoitajat ovat tietoisia potilaan haavoittuvuudesta sekä ahdistuksesta. Potilaskeskeisyys ja yksilöllinen hoito oli tärkeää potilaan hoidossa. Haavoittuvuuden hoidossa on tärkeää hoitajan ammatillinen intuitio, taidot ja ammatillisuus yhdessä empatiakyvyn kanssa, kuin myös ymmärtäväisyys ja ystävällisyys. Perioperatiivista työtä tekevät ammattilaiset ovat ratkaisevassa asemassa tunnistaa ja myös toteuttaa ahdistusta vähentäviä strategioita, varmistaakseen toimivan ja tehokkaan hoidon. On erittäin tärkeää että perioperatiivista potilasta tarkastellaan kokonaisvaltaisesti yksilönä eikä jonakin toimenpiteenä.

Hoitajan havainnointitaidot helpottavat arviota potilaasta ja myös suunniteltu hoito on helpompi toteuttaa potilaslähtöisesti ja yksilöllisesti. Potilasta tulee kohdella myös ihmisarvoisesti. Hoitajan vuorovaikutustaidot ovat myös selkeästi tärkeässä asemassa. Sekä sanallinen että sanaton viestintä, potilaan kuunteleminen, rohkaisu ja rauhoittaminen kuin myös potilasohjaus ja asioiden selittäminen potilaalle ovat tärkeitä huomioida. (Cousley 2015, 252.)

Hoitajan tulee myös esitellä itsensä potilaalle luodakseen hyvän suhteen potilaaseen heti hoitosuhteen alusta lähtien. Potilaan rohkaisu sekä tyyntyt-

tely, ohjaus ja kuuntelu ovat tärkeitä hoitajan työssä kuin myös hoitajan läsnäolo, jonka potilaat kokevat lohduttavana. Hoitajan tulisi olla myös ystävällinen, kunnioittava, kärsivällinen ja tyyni mutta myös rehellinen ja luotamuksen arvoinen. (Cousley 2015, 252.)

Hoitajan keinoja vähentää ahdistusta on esimerkiksi musiikin tai kosketuksen käyttö, yrittäen ohjata huomio pois ahdistusta aiheuttavasta tekijästä. Ympäristön tulisi olla hiljainen, rauhallinen sekä paikalla vain tilanteeseen tarvittava henkilöstö. (Cousley 2015, 253–254.) Hoitajan on siis tärkeä tunnistaa potilaat, joilla on suuri riski ahdistua ja hoitajien tulisi tarjota tälle riskiryhmälle lisätukea ja lievitystä ahdistukseen (Yilmaz ym 2011, 961.)

5.2.2 Lämpö

Lämpötila on eräs tärkeä tekijä siinä kuinka potilas käsittää hyvinvoinnin perioperatiivisen hoidon aikana. Potilaan kokemukseen kirurgisesta hoidon laadusta vaikuttaa kokemus palelusta sekä lämmöllisestä mukavuudesta. Ennen leikkausta potilaat usein kokevat palelevansa. Palelu saattaa jopa laukaista tai pahentaa pelkoa. (Wagner ym. 2006, 427.)

Wagnerin tutkimuksessa vertailtiin puuvillapeitoilla lämmittämistä preoperatiivisesti sekä potilaan itse hallitsemia lämmittäviä pukuja ja niiden vaikutusta ahdistukseen ja kokemukseen lämpimyydestä. Molemmat lämmitysmenetelmät vaikuttivat positiivisesti potilaan kokemukseen mukavuudesta ja hyvinvoinnin tunteesta. Potilaat joilla oli heidän itsesäätelemä lämpöpuku, kokivat myös merkittävää ahdistuksen vähenemistä. (Wagner ym. 2006, 427.)

Termisesti mukavassa ympäristössä ei potilaan pitäisi tuntea kuumuutta tai kylmyyttä eikä kehon tarvitse ponnistella säilyttääkseen kehon peruslämpötilaa. Terminen tasapaino ja terminen mukavuus ei ole ainoastaan ulkoisten tekijöiden summa (ilman lämpötila, kosteus) vaan myös sisäisten tekijöiden (aktiivisuustaso, metabolia, vaatetus). Siihen vaikuttaa myös ihmisen kokemus, kylmästä ja kuumasta sekä epätoivotusta lämmityksestä ja viilennyksestä. (Wagner ym. 2006, 429–430.)

5.2.3 Musiikki

Musiikin terapeuttinen vaikutus perustuu sen kykyyn vaikuttaa limbiseen järjestelmään. Musiikki voi lievittää kipua, rentouttaa sekä vähentää psykofyysistä stressiä, tämä taas riippuu musiikin luonteesta ja rytmistä sekä henkilökohtaisista assosiaatioista. (Cheng-Hua ym. 2010, 621.)

Cheng-Hua, Wei-Her, Liang-Miang, Ching-Chiu ja Yi-Chung tutkivat musiikin vaikutusta preoperatiivisesti. Tutkittava interventioryhmä kuunteli musiikkia 20 minuuttia ennen leikkausta tai toimenpidettä ja kontrolliryhmä ei kuunnellut musiikkia. Ahdistusta mitattiin sekä STAI (State-Trait Anxiety Inventory) sekä vitaalien mittaamisella. Cheng-Hua, ym huomasivat tutkimuksessa että musiikki aiheuttaa ahdistuksen sekä pelon lievittämistä

sekä potilaan vitaaliarvojen kohentumista verrattuna lähtötilanteeseen. Tulos oli sama huolimatta siitä että potilas ei kokisi merkittävää ahdistusta ennen leikkausta, musiikki-interventioryhmän ahdistus laski merkittävämmiin kuin kontrolliryhmän. (Cheng-Hua ym, 2010, 620.)

5.2.4 Psykoedukaationaalinen interventio

Koulutus ja tiedonanto ovat tunnettuja keinoja lievittämään leikkauksesta johtuvaa pelkoa ja ahdistusta. Keinoja lievittää pelkoa ja ahdistusta ovat esimerkiksi rentoutumisharjoitukset tai muut keinot. Psykoedukaatio on yleisesti osoitettu tehokkaaksi ja toimivaksi pelon ja ahdistuksen hoidossa sekä sopivaa ryhmille. Psykoedukaation avulla voi vahvistaa itsehallintakykyä (self-management), elämänlaatua (health-related quality of life) sekä minäpystyvyyttä (self-efficacy). (Shahmansouri ym 2013, 376.)

Shahmansouri, Janghorbani, Omran, Karimi, Noorbala, Arjmandi sekä Nikfam tutkivat psykoedukaationaalisen ryhmäintervention vaikutusta pelkoon ja ahdistukseen. Ryhmäinterventio sisälsi keskustelua pelosta ja ahdistuksesta psykoterapeuttisessa ympäristössä. Interventioon kuului myös rentoutustekniikoiden opettelua. Tutkimuksen tuloksena oli että psykoedukaationaalinen ryhmäinterventio vähensi merkittävästi potilaan kokemaa pelkoa ja tämän takia olisi tärkeää saada interventio osaksi rutiinihoitopolkua. (Shahmansouri ym 2013, 375.)

Tutkimuksessa havaittiin että psykoedukaationaalinen valmennus vähensi preoperatiivista pelkoa. Psykoedukaatio on tehokas keino muokata järjenvastaisia, kohtuuttomia luuloja. Sitä käytetään myös usein ongelmanratkaisuun, tavoitteiden asettamiseen sekä roolimallintamiseen jolloin se sopii tehokkaasti leikkauspelkojen lievittämiseen. (Shahmansouri ym 2013, 380–381.)

5.2.5 Preoperatiivinen interventio

Potilasohjaus ja kommunikaatio terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaan välillä vähentävät potilaan kokemaa stressiä sekä kuolleisuuden riskiä. Terveydenhuollossa olisi tärkeää yrittää hoitaa ja lievittää potilaan kokemaa stressiä sekä leikkauspelkoja koko sairaalassaoloajan. Potilasohjaus ja psykologinen hoiva on erittäin tärkeää. Preoperatiivinen ohjaus ennen leikkausta tai toimenpidettä antaa potilaalle tietoa siitä mitä odottaa. (Rosiek ym 2016, 7–8.) Potilasohjaus preoperatiivisesti on toimiva tapa vähentää ahdistusta sekä lisätä potilaan tyytyväisyyttä hoitoon. (Mitchell 2013, 44.)

Preoperatiivisessa interventiossa tulisi luoda terapeutin suhde potilaan ja hoitajan välille. Tämä terapeutin suhde on yksi hoitotyön keskeisimmistä asioista. (Erci ym 2008, 60.) Potilaat myös tarvitsisivat enemmän preoperatiivista tietoa sekä ohjausta. Mitchell ehdottaa myös että leikkauspelossa ilmenevät sukupuoli-erot ja leikkauksen vaatima odotusaika saattavat vaatia entistä suurempaa huomiota potilasohjauksessa. Potilaan vähäinen ohjaus on liitetty lisääntyneeseen ahdistukseen sekä vähempään tyytyväisyyteen hoitoa kohtaan, mutta toisaalta potilaan ahdistus lisääntyy jos hän kokee

saavansa liikaa informaatioita. (Mitchell 2013, 41.) Tärkeintä preoperatiivisessa ohjauksessa on tärkeää että potilasohjaus ajoitetaan oikein, parhain ajankohta vaihtelee yhden ja neljän viikon ennen leikkausta tai toimenpidettä. (Mitchell 2013, 44–46.)

5.3 Yhteenveto

Tiivistetysti potilaat kokevat erilaisia pelkoja ja ahdistuksia liittyen leikkaukseen perioperatiivisesti. Myös keinoja lievittää pelkoa on useita erilaisia. Taulukossa 2 on koottuna aineistosta kootut leikkauspelon aiheet kuin myös millaisia keinoja on niitä lievittää.

Taulukko 2. Yhteenveto leikkauspelon aiheista sekä keinoista lievittää sitä

LEIKKAUSPELON AIHEET	LIEVITYSKEINOT
Kontrollin menetys	Preoperatiivinen interventio/ohjaus
Kuolema, kuolemanpelko	Stressin/ahdistuksen hallintakeinot
Sairaalan vieraus	Musiikki
Huoli terveydentilasta	Sosiaalinen ja henkinen tuki
Itse kirurgia ja sen tulokset	Tiedonantaminen (sopiva ajoitus ja määrä)
Anestesia	Rentoutustekniikat
Kipu ja epä mukavuus	Hoitajakontakti ennen leikkausta
Ero perheenjäsenistä	Kuuntelu, todesta ottaminen
Komplikaatiot, infektiot	Yksilöllinen hoito
Fyysinen tai psyykinen haitta	Uskonnollisuus, hengellisyys
Anestesian aikainen tietoisuus	Hieronta, kosketus, akupainanta
Leikkauksen odottaminen	Mielikuvaharjoittelu
Taloudelliset huolet	Moderni sairaala ja modernit tilat
	Lämpö, terminen mukavuus
	Psykoedukaatio

6 POHDINTA

Kirjallisuuskatsauksen tiivistetty tuloksena voidaan todeta että suuri osa potilaista kokee pelkoa tai ahdistusta ennen leikkausta ja se ilmenee niin psyykkisesti, fyysisesti että sosiaalisesti monin tavoin ja eri vahvuisena. Ahdistuksen ja pelon lievittäminen on tärkeää laadukkaassa hoitotyössä koska sillä on lukusia negatiivisia vaikutuksia potilaan vointiin, toipumiseen sekä itse leikkaukseen ja anestesiaan. Pelkoa ja ahdistusta voi kuitenkin lievittää useilla keinoilla jotka on tieteellisestikin todettu. Vaikka perioperatiivisessa hoitotyössä kiinnitetään nyt jo huomiota potilasohjaukseen, voisi ahdistuksen, stressin ja pelon lievittämisellä pyrkiä parempaan ja laadukkaampaan hoitoon.

Opinnäytetyöprosessissa erityisesti haluan kiittää Hämeen ammattikorkeakoulun informaattikkoa Kari Mikkosta, joka on ollut apuna ja tukena tiedonhaussa sekä tietokantojen käytössä.

6.1 Aineisto ja sisältö

Leikkauspelot ilmiönä olivat mielenkiintoinen aihe tutkia ja muistuttavat siitä että vaikka helposti jaetaan ihminen somaattisiin ja psykiatrisiin sairauksiin, on ihminen kokonaisuus jossa sekä mieli että keho vaikuttavat toisiinsa.

Olen tyytyväinen lopputulokseen, mitä tulee sisältöön ja aineiston keruuseen. Kirjallisuuskatsauksen aineistossa olisi ollut materiaalia ja mahdollisuus käsitellä ilmiötä tarkemmin ja syvällisemmin, mutta opinnäytetyön laajuuteen ja työmäärään suhteutettuna olen tyytyväinen.

Olisin myös halunnut hyödyntää enemmän suomenkielistä kirjallisuutta ja tutkimusta aiheesta johtuen kulttuurieroista sekä terveydenhuollon laadusta. Tätä tutkimusta ja kirjallisuutta oli hyvin vaikea löytää huolimatta siitä että sitä on olemassa. Aineistonhaussa ei tullut lainkaan esille suomenkielisiä tutkimuksia, vaikka näitä julkaisuja on olemassa.

Myöskään valittua aineistoa ei ole rajattu kulttuurisesti, joten aineiston analyysissä tulee muistaa kulttuuriset erot Puolan, Yhdysvaltojen, Taiwanin, Iranin, Turkin sekä Yhdistyneiden kuningaskuntien välillä. On tärkeää huomata myös että terveydenhuollon taso ei välttämättä ole verrattavissa kyseisten maiden välillä tai maiden sisäisesti eri sairaaloiden välillä.

6.2 Toteutus ja opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyöni tavoite on saavutettu sekä opinnäytetyö vastaa tutkimuskysymykseen. Mielestäni kirjallisuuskatsaus oli hyvä valinta tutkimukseksi, johtuen että leikkauspeloista on jo tutkittua tietoa olemassa ja katsauksessa pystyi vertailemaan ja tiivistämään tietoa. Omasta mielestäni tällä tavalla sai kattavan kuvan tutkittavasta ilmiöstä. Kirjallisuuskatsaus sopi myös hyvin opinnäytetyön aikataulutukseen sekä siihen että sen voi suorittaa ajasta ja paikasta huolimatta.

Opinnäytetyöprosessi antoi itselle paljon valmiuksia toimimaan sairaanhoitajana perioperatiivisessa ympäristössä ja sekä konkreettisia keinoja lievittää potilaan kokemaa pelkoa tai ahdistusta. Myös pelkojen ja ahdistuminen tunnistaminen on helpompaa nyt ja ymmärtää kokonaisuuden kuinka pelko tai ahdistus saattaa vaikuttaa toimenpiteen suorittamiseen tai siitä toipumiseen. Opinnäytetyö tarjosi myös oman teoreettisen osaamisen syventämistä kirurgisessa hoitotyössä.

Opinnäytetyöprosessissa arvostan sitä kuinka kirjallisuuskatsausta tekeväällä voi saada näkökulmaa omaan käytännön työhön ja kuinka se antoi lisää valmiuksia ja keinoja toteuttaa hoitotyötä. Opinnäytetyöprosessissa sain myös kokemusta tiedonhausta, laajempaa osaamista tietokantojen käytöstä sekä tiedonhaun tekemisestä. Myös englanninkieliset hoitotieteelliset artikkelit tulivat tutuiksi prosessin aikana.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut opettavaista mutta muuttaisin joitakin asioita. Opinnäytetyön tekeminen olisi pitänyt aikatauluttaa tarkemmin sitä

aloittaessa ja toisaalta myös pitää siitä aikataulusta kiinni. Myös tekisin opinnäytetyön yhdessä toisen kanssa, ilmiöistä ja ongelmista olisi voinut keskustella ja saada myös toisenlaista näkökulmaa työhön.

6.3 Opinnäytetyön merkitys hoitotyölle

Opinnäytetyössä tiivistyy se, että potilas tulisi hoitaa yksilöllisenä yksilönä sekä kehon ja mielen kokonaisuutena. Opinnäytetyö havainnollistaa pelkoja ja ahdistuksen ilmenemistä kirurgisessa hoitotyössä. Hoitotyön kannalta olisikin oleellista että sairaanhoitajat osaisivat tunnistaa pelkoja ja heillä olisi konkreettisia keinoja niitä lievittää, juuri hoitajana potilaan tukeminen ja ahdistuksen lievittäminen on ratkaisevassa roolissa. Olisi tärkeää, että kirurgisissa opinnoissa kuin myös perioperatiivisessa työssä huomioitaisiin myös psyykkisen puolen vaikutus somaattiseen.

LÄHTEET

- Cheng-Hua, N., Wei-Her, T., Liang-Ming, L., Ching-Chiu, K. & Yi-Chung, C. 2010. Minimizing preoperative anxiety with music for day surgery patients – a randomized clinical trial. *Journal of Clinical nursing*, 21.
- Cousley, A. 2015. Vulnerability in perioperative patients: a qualitative study. *Journal of perioperative practise*. Volume 25.
- Erci, B., Sezgin, S. & Kacmaz, Z. 2008. The impact of therapeutic relationship on preoperative and postoperative patient anxiety. *Australian journal of advanced nursing*. Vol 26 no 1.
- Hammar, A.-M. 2011. *Kirurgian perusteet*. 1. painos. Helsinki: WSOYpro oy.
- Heino, T. 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. <http://urn.fi/urn:isbn:951-44-6290-4>
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. *Tutki ja kirjoita*. 15. uud. painos. Helsinki: Tammi.
- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2007. *Perioperatiivinen hoitotyö*. 1. painos. Helsinki: WSOY.
- Mitchell, M. 2013. Anaesthesia type, gender and anxiety. *Journal of Perioperative Practice*, Mar2013; 23(3).
- Pihlainen, V. 2016. Kirjallisuuskatsaus. Hoitotyön tutkimuspäivä 31.10.2016. <http://www.ksshp.fi/download/noname/%7B3A139223-86EB-4579-B737-F07DB59712E9%7D/61353> Viitattu 24.2.2017
- Rosiek, A., Kornatowski, T., Rosiek-Kryszewska, A., Leksowski, A. & Leksowski, K. 2016. Evaluation of Stress Intensity and Anxiety Level in Preoperative Period of Cardiac Patients. *Hindawi Publishing Corporation BioMed Research International* Volume 2016, Article ID 1248396. <http://dx.doi.org/10.1155/2016/1248396>
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Vaasan yliopisto. Viitattu 22.9.2016. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf
- Shahmansouri, N., Janghorbani, M., Abbas, S., Abbas, A., Ahmad, A., Akram, A. & Sepideh, N. 2013. Effects of a psychoeducation intervention on fear and anxiety about surgery: Randomized trial in patients undergoing coronary artery bypass grafting. *Psychology, Health & Medicine*, 2014 Vol. 19, No. 4. <http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2013.841966>

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73.

Viars, J. 2009. Anxiety and Open Heart Surgery. *Medsurg Nursing*. September/October 2009. Vol. 18/No. 5

Wagner, D., Byrne, M. & Kolcaba, K. 2006. Effects of Comfort Warming on Perioperative Patients. *AORN Journal* September 2006, vol 84, NO 3.

Yilmaz, M., Sezer, H., Gürler, H. & Bekar, M. 2011. Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. *Journal of Clinical Nursing*, 21.