

Opinnäytetyö AMK

Sairaanhoitaja

2018

Emilia Anttila, Susanna Kostiander & Marika Lemminkäinen

UNENLAADUN PARANTAMINEN GYNEKOLOGISELLA LEIKKAUSPOTILAALLA

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Sairaanhoitaja

2018 | 24 sivua, 5 liitesivua

Emilia Anttila, Susanna Kostander & Marika Lemminkäinen

UNENLAADUN PARANTAMINEN GYNEKOLOGISELLA LEIKKAUSPOTILAALLA

Unihäiriöillä tarkoitetaan nukahtamisvaikeuksia, lisääntynyttä hereillä oloa ja muuttunutta unirytmää. Unenpuute, jota potilaat kokevat sairaalahoidon aikana, on haitaksi terveydelle ja hyvinvoinnille. Unenpuutteella on negatiivinen yhteys fyysiseen toipumiseen, psyykkiseen hyvinvointiin, liikkumiseen ja kuntoutumiseen.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena ja sen tarkoituksena oli selvittää unenlaatuun vaikuttavia tekijöitä sekä keinoja, joilla unenlaatua pystytään parantamaan sairaalassaoloaikana gynekologisen leikkauksen jälkeen. Tarkoituksena oli saada tietoa mahdollisimman monista gynekologisen leikkauksen läpikäyneistä potilaista, joten leikkauksia ei rajattu tiettyihin toimenpiteisiin. Tavoitteena oli tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa sekä lisätä aiheeseen liittyvää tietoisuutta Turun yliopistollisen keskussairaalan (Tyks) naistenklinikan hoitohenkilökunnan, sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden sekä opiskelijoiden keskuudessa.

Tulosten mukaan erilaiset stressitekijät altistavat potilaita unihäiriöille sairaalassa. Tyypillisimpiä unta häiritseviä tekijöitä olivat kipu, kirkas valo, melu sekä ahdistus. Yön aikana tapahtuvilla hoitotoimenpiteillä oli myös negatiivinen vaikutus potilaiden uneen. Unenpuutteen syyt on tärkeää tunnistaa sairaalan nukkumisympäristön parantamiseksi ja unenhäiriötekijöiden vähentämiseksi.

Tulosten perusteella voidaan todeta jatkotutkimusten olevan erittäin tärkeitä. Aiheesta ei löytynyt tietoa suomenkielellä, vaan käytännössä koko lähdeaineisto koostuu englanninkielisistä tutkimuksista. Tietoa löytyi yleisellä tasolla leikkauspotilaiden unenlaadusta, joten tulevissa tutkimuksissa tulisi huomioida erityisesti gynekologiset leikkauspotilaat ja heidän fyysiset sekä psyykkiset erityistarpeensa.

ASIASANAT:

Gynekologia, uni, leikkauspotilas

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing

2018 | 24 number of pages, 5 number of pages in appendices

Emilia Anttila, Susanna Kostander & Marika Lemminkäinen

IMPROVING THE QUALITY OF SLEEP FOR THE PATIENTS OF GYNECOLOGICAL SURGERIES

Sleep disorders are defined as difficulties to fall asleep, increased wakefulness and in altered sleep patterns. Lack of sleep causes inconvenience in health and well-being for the patients, and lack of sleep also has a negative influence on patients' physical recovery.

The thesis was carried out as a describing literature review and the purpose of the thesis was both to find the factors that are affecting on the quality of sleep and in finding methods how to improve quality of sleep for gynecological surgical patients in the hospital. The focus of the study was also in gathering information about gynecological patients in general so all operations related to the subject were taken account.

Based on the findings different kind of stress factors are exposing patients to sleep disorders in the hospital. The most common sleep disturbance factors were pain, bright lights, noises and anxiety. Overnight treatment had also a negative effect on patients sleep. It is important to identify the causes for the lack of sleep to improve the hospitals sleeping environment and to reduce the risk of sleep disturbances.

According to the results it can be stated that further research is very important. There was almost no information in Finnish to be found and in practice all the sources were in English. Generally, the information was about the sleep quality of surgery patients. In the future gynecological surgery patients sleep disorders should be studied more.

KEYWORDS:

Gynecology, sleep, surgery patient

SISÄLTÖ

SANASTO	5
1 JOHDANTO	6
2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS	7
2.1 Uni	7
2.2 Gynekologinen kirurgia	8
3 TYÖN TARKOITUS, TAVOITE & TUTKIMUSKYSYMYKSET	10
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	11
5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	12
5.1 Unenlaatuun vaikuttavat tekijät	12
5.2 Unenpuutteen vaikutukset	14
5.3 Unenlaadun parantaminen	15
6 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	17
7 POHDINTA	19
7.1 Jatkotutkimusaiheet	21
LÄHTEET	22

LIITTEET

Liite 1. Tiedonhaku­taulukko.

Liite 2. Tutkimus­taulukko.

SANASTO

Endoskopia – Sisätähystys joko elimistön luonnollisen aukon tai keinotekoisesti tehdyn aukon kautta

Hysterektomia – Kohdunpoisto

Hysteroskopia – Kohduntähystys, kohdunkaulan ja kohtuontelon tarkastelu tähystimen avulla

Laparoskopia – Vatsaontelon tähystys

Laparotomia – Vatsaontelon avaus eli avoleikkaus

Vaginaalinen kirurgia - Emättimen kautta tehtävät leikkaukset

(Terveysportti, Termit ja sanakirjat 2017.)

1 JOHDANTO

Tässä työssä tarkastellaan potilaiden unenlaatua ja sen parantamista sairaalassa erilaisten gynekologisten leikkausten jälkeen. Aihe on tärkeä, sillä useat tutkimukset osoittavat, että sairaalapotilaat kärsivät usein unihäiriöistä (Yilmaz ym. 2012). Unihäiriöillä tarkoitetaan nukahtamisvaikeuksia, lisääntyntä hereillä oloa ja muuttunutta unirytmää (Pilkington 2013).

Gynekologiassa kirurgia on hyvin keskeinen hoitomuoto. Usein konservatiivisten hoitokeinojen jälkeen päädytään kirurgiseen hoitoon. (Ylikorkala & Tapanainen 2011.) Vaikka uni on tärkeää toipumisen kannalta, nukkuminen sairaalassa on häiriöiden vuoksi vaikeaa (Grossman ym. 2017). Useat tutkimukset osoittavat, että hoitajat ovat tietämättömiä potilaiden unenlaadusta. Hoitajat eivät arvioi potilaiden unenlaatua, ja ovat tietämättömiä uneen negatiivisesti vaikuttavista tekijöistä. (Yilmaz ym. 2012.) Tutkimukset osoittavat, että sairaat henkilöt tarvitsevat normaalia enemmän unta, sillä toipumisprosessit ovat huipussaan unen aikana (Gellerstedt ym. 2014).

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla unenlaatuun vaikuttavia tekijöitä sekä keinoja, joilla unenlaatua pystytään parantamaan sairaalassaoloaikana gynekologisen leikkauksen jälkeen. Työn tavoitteena on tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa sekä lisätä aiheeseen liittyvää tietoisuutta Tyksin naistenklinikan hoitohenkilökunnan, sosiaali- ja terveystieteiden työntekijöiden sekä opiskelijoiden keskuudessa. Tässä työssä gynekologisia leikkauksia ei ole rajattu tiettyihin toimenpiteisiin, vaan tarkoituksena on saada tietoa mahdollisimman monista gynekologisen leikkauksen läpikäyneistä potilaista. Opinnäytetyö on osa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin Tyksin Naistenklinikan STEPPI-hanketta, jonka tarkoituksena on kehittää hyvän perushoidon toteutumista ja näytön vaikuttavuutta hoitotyössä (Lundgrén-Laine 2015).

2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

2.1 Uni

Uni on tärkeässä roolissa aivojen aineenvaihdunnan ylläpitämisessä. Unen tärkeimpiin tehtäviin kuuluvat energian varastoiminen sekä hereillä olon aikana aivoihin kertyneiden haitallisten aineenvaihduntatuotteiden poistaminen. Lisäksi se vaikuttaa positiivisesti muistiin ja oppimiseen liittyviin hermosoluihin. Unella on myös huomattava yhteys ihmisen puolustusmekanismien säätelyssä. Pitkäkestoisella unettomuudella on haitallisia vaikutuksia ihmisen terveyteen. Se altistaa useille psyykkisille ja somaattisille sairauksille. Pitkäaikaisilla seurantatutkimuksilla on osoitettu huononaisuuden ja unettomuuden olevan taustalla monissa kansanterveysongelmissa. Unettomuus vaikuttaa negatiivisesti ihmisen toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Lisäksi se voidaan yhdistää myös lisääntyneeseen kuolleisuuteen. Pitkäaikaisesta unettomuudesta on tärkeää erottaa tilapäinen unettomuus, joka on osa ihmisen tavanomaista elämää. (Unettomuus: Käypä hoito- suositus 2017.)

Ihmisen uni voidaan jakaa NREM- ja REM-uneen. NREM-unella tarkoitetaan perusunta, kun taas REM-unella tarkoitetaan vilkeunta. (Unettomuus: Käypä hoito- suositus 2017.) REM-unta kutsutaan usein myös unien näkemisen vaiheeksi. NREM-uni jaetaan kolmeen vaiheeseen, jotka ovat kevyt N1-uni, kevyt ja keskisyvä N2-uni sekä syvä N3-uni. Erityisesti syvä N3-uni on elimistöä elvyttävää unta. Silloin hengitys ja sydämen toiminta on rauhallista ja säännöllistä. Uni alkaa kevyellä N1-unella, jonka jälkeen ihminen vaipuu pian N2-uneen. Tavallisesti ihminen vaipuu N3-uneen eli syvään uneen noin puolen tunnin kuluttua nukahtamisesta. Syvä N3-uni muuttuu REM- eli vilkeuneksi noin 90 minuuttia nukahtamisen jälkeen. Tällöin ihmisen autonominen hermosto aktivoituu ja tyypillistä on sydämen toiminnan kiihtyminen sekä hengityksen epätasaisuus. Vilkeuni muuttuu hetkellisen havahtumisen tai kevyen unen kautta jälleen N2-N3-uneeksi. Terveellä ihmisellä perusuni ja sen eri vaiheet sekä vilkeuni vuorottelevat. Tavallisesti eri univaiheet toistuvat yön aikana 4-6 kertaa niin, että jokainen jakso on kestoaltaan noin 90 minuutin pituinen. Huonosti nukkuvilla erityisesti N1-unen osuus lisääntyy. (Partinen & Huutoniemi 2018.)

Unentarve on hyvin yksilöllistä ja sen vuoksi onkin mahdotonta tarkasti määrittellä riittävän unen määrää. On hyvä muistaa, että unentarve ja nukutun unen määrä eivät

tarkoita samaa asiaa. Unentarpeella tarkoitetaan aikaa, jonka ihminen tarvitsee palautukseen ja kokeakseen olonsa energiseksi sekä levänneeksi. Unentarpeeseen vaikuttavat useat eri tekijät. Unta voi tarvita keskimääräistä enemmän kovan fyysisen rasituksen jälkeen tai esimerkiksi fyysisen työnkuvan vuoksi. Mieliala sekä sairaudet vaikuttavat myös uneen. Erilaisilla sairauksilla on unen pituuden lisäksi vaikutuksia myös unen laatuun. Rakenteellisesti huono uni ei välttämättä ole virkistävää, vaikka uni olisi teoriassa ollut kestoaltaan riittävää. (Partinen & Huutoniemi 2018.)

2.2 Gynekologinen kirurgia

Gynekologiassa kirurgia on hyvin keskeinen hoitomuoto. Erilaiset rakennemuutokset, kuten kohdun sekä munasarjojen hyvän- ja pahanlaatuiset kasvaimet sekä synnyttelinlaskeumat hoidetaan pääasiassa leikkauksella. Useiden oireita aiheuttavien ongelmien, kuten vuotohäiriöiden, endometrioosin sekä virtsankarkailun hoito on lopulta konservatiivisten hoitojen jälkeen monesti kirurginen, sillä konservatiivisilla hoidoilla ei aina saada aikaan vastetta tai niihin liittyy haittavaikutuksia. (Ylikorkala & Tapanainen 2011.)

Gynekologinen kirurgia eritellään laparotomiaan eli vatsaontelon avaukseen, vaginaaliseen kirurgiaan eli emättimen kautta tehtäviin leikkauksiin sekä endoskopiaihin. Gynekologisia endoskoppioita ovat laparaskopia eli vatsaontelon tähystys sekä hysteroskopia eli kohduntähystys. Useimmat gynekologiset leikkaukset pystytään suorittamaan nykyisin laparaskoopisesti eli tähystysleikkauksella. Tähystysleikkauksella on useita hyötyjä suhteessa perinteiseen avoleikkaukseen. Tyypillisesti tähystysleikkauksen jälkeen potilas voidaan kotiuttaa jo vuorokauden kuluttua leikkauksesta ja sairausloma on tällöin myös lyhyempi kuin avoleikkauksen jälkeen. Laparotomia eli avoleikkaus on kuitenkin paras hoitokeino levinneen syövän sekä kookkaiden kasvainten hoidossa. Sopivimman leikkaustavan löytäminen perustuu huolelliseen arvioon potilaan leikkaushoidon tarpeesta. Ennen leikkausta tehtäviä tärkeitä tutkimuksia ovat kaikututkimukset, kudoksenäytteet sekä kasvainmerkkiaineet. Niiden avulla pystytään paremmin arvioimaan esimerkiksi kasvaimen kokoa, rakennetta ja mahdollista pahanlaatuisuutta. Sopivin leikkaustapa valitaan tutkimuslöydösten, taustasairauksien sekä potilaan yleiskunnon perusteella mahdollisuuksien mukaan myös potilaan mielipide huomioiden. (Ylikorkala & Tapanainen 2011.)

Yleisin gynekologinen leikkaus on kohdunpoisto eli hysterektomia. Se voidaan tehdä laparotomiassa, vaginaalisesti tai laparoskopia-avusteisesti. Tavallisimpia kohdunpoistoon johtavia syitä ovat oireiset kohtumyoomat eli kohdun lihaskasvaimet, vuotohäiriöt, laskeumat sekä syöpäkasvaimet. (Ylikorkala & Tapanainen 2011.)

Gynekologisen leikkauksen jälkeen osastolla tarkkaillaan emättimestä tulevaa vuotoa, mahdollista pahoinvointia ja oksentelua, kipua, virtsaamista, virtsan sekä mahdollisen dreenin eritystä, ilman kertymistä sekä suolen toimintaa. Leikkauksen jälkeiseen hoitoon kuuluu myös leikkaushaavan tarkkailu ja hoito. Ensimmäisen vuorokauden ajan haava pyritään pitämään peitettynä ja sen hoito tehdään steriilisti. Vaginaalisessa kirurgiassa käytetään aina sulavia ompelaita ja mahdollinen vaginatamponi poistetaan ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä. Lisäksi lääkäri antaa potilaalle istumisohjeet emättimeen kohdistuvan leikkausten jälkeen. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016.)

3 TYÖN TARKOITUS, TAVOITE & TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla unenlaatuun vaikuttavia tekijöitä sekä keinoja, joilla unenlaatua pystytään parantamaan sairaalassa-oloaikana gynekologisen leikkauksen jälkeen.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa sekä lisätä aiheeseen liittyvää tietoisuutta Tyksin naistenklinikan hoitohenkilökunnan, sosiaali- ja terveystalouden työntekijöiden sekä opiskelijoiden keskuudessa.

Työssä haettiin vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Millaiset tekijät vaikuttavat unenlaatuun gynekologisen leikkauksen jälkeen?
2. Mitkä ovat unenpuutteen vaikutukset gynekologisen leikkauksen jälkeen?
3. Millaisilla keinoilla unenlaatua pystytään parantamaan gynekologisen leikkauksen jälkeen?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsaus on metodi ja tutkimustekniikka, jonka tarkoituksena on tutkia tehtyä tutkimusta. "Tutkimuksesta tehdään tutkimusta" eli jo aikaisemmista tutkimuksista kerätään tutkimustuloksia ja ne ovat perustana uusille tutkimustuloksille. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta kuvataan usein yleiskatsauksena, jolla ei ole tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Työssä käytettävät aineistot ovat laajoja eikä niiden valintaa määritellä tarkkarajaisesti. Tutkittavaa ilmiötä pystytään kuitenkin havainnollistamaan laajasti ja sen ominaisuuksia voidaan tarvittaessa luokitella. (Salminen 2011.)

Tässä työssä käytettiin lähteinä sähköisten tietokantojen tutkimuksia sekä julkaisuja. Käytettyjä tietokantoja olivat PubMed, Cinahl Complete ja Terveysportti. Tietolähteinä käytettiin myös uneen sekä naistentauteihin liittyvää kirjallisuutta.

Aineistoksi valittiin tutkimuksia, jotka olivat julkaistu vuosien 2008–2018 välillä. Aiheesta oli haastavaa löytää tutkimuksia, joten mukaan valikoitui myös yksi vuonna 2006 julkaistu tutkimusartikkeli. Hakusanoina käytettiin enimmäkseen englanninkielisiä hakusanoja, joita olivat esimerkiksi gyneco*, gynecological surgery, pain*, sleep*, quali*, sleep quality, hospitalized.

Työhön valittiin mukaan 11 tutkimusartikkelia. Perusteellisemmat tiedot tiedonhakuprosessista löytyvät liitteenä olevasta tiedonhakutaulukosta (Liite 1) ja tutkimustaulukosta (Liite 2).

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

5.1 Unenlaatuun vaikuttavat tekijät

Sairaalassa potilaat ovat alttiita unenhäiriötekijöille, jotka johtuvat erilaisista stressitekijöistä (Park ym. 2014). Unenhäiriötekijät ovat vaihtelevia, joihin sisältyy ympäristö- ja biokognitiivisia tekijöitä kuten kipu, kirkas valo, melu ja ahdistus. Ahdistuneisuus ja stressi lisäävät sympaattisen hermoston stimulaatiota ja heräilyä. Jatkuva altistuminen kirkkaalle valolle vaikuttaa potilaiden melatoniinitasoihin ja vuorokausirytmiiin myöhen-tämällä sitä. Melu ja valo ovat koettu eniten häiritseviksi tekijöiksi, jotka aiheuttavat unenpuutetta. (Pilkington 2013.)

Unenlaatu oli heikompaa potilailla, joita hoidettiin yön aikana (Yilmaz ym. 2012). Unta häiritseviä tekijöitä olivat elintoimintojen mittaaminen, testit sekä lääkitys (Grossman ym. 2017). Uneen vaikuttivat heikentävästi myös invasiiviset ja kirurgiset toimenpiteet, diagnostiset kokeet, tautiin liittyvä epämukavuus, katetrin asettaminen sekä WC:n käyttö yöllä (Yilmaz ym. 2012). Lääketieteelliset tekijät kuten perifeerinen kanyyli rajoitti potilaiden liikkumista yön aikana, mikä vaikutti negatiivisesti potilaiden uneen. Nämä tekijät aiheuttivat ahdistusta sekä riippuvaisuutta hoitohenkilökunnasta. (Gellerstedt ym. 2014.) Potilaiden yöllinen hoito piti heidät hereillä, vaikka he ymmärsivät hoidon olevan välttämätöntä (Hultman ym. 2012).

Melun raportoitiin olevan kaikista merkittävin uneen vaikuttava tekijä. Potilaiden havaitsemat häiriötekijät olivat eniten muista potilaista johtuvia kuten kuorsaus, vaikerointi, WC:n vetäminen ja muiden potilaiden vierailijat. Lisäksi muita tekijöitä olivat lääke- ja ruokakärryjen äänet, puhelimen ja television äänet sekä hoitolaitteista ja hoitohenkilökunnasta johtuvat äänet. (Park ym. 2014.) Tavanomaisimpana melunlähteenä pidettiin henkilökunnan keskusteluja (Grossman ym. 2017). Melusta johtuvat unihäiriöt aiheuttavat katkonaista unta, vaikka melu rekisteröitäisiin alitajuntaisesti. Äänistä johtuva katkonainen uni on yhdistetty myös pidentyneeseen nukahtamisaikaan. (Pilkington 2013.)

Fyysisen aktiivisuuden väheneminen voi johtaa heikentyneeseen unenlaatuun (Zaros & Ceolim 2008). Rajoitetut toiminnot päivän aikana ja vähentynyt altistuminen luonnon valolle voivat aiheuttaa muutoksia normaaliin rytmiin ja vaikuttaa negatiivisesti yölliseen unenlaatuun. Sairaalassa olo tai muut muutokset ihmisten ympäristössä voivat

kiihdyttää unihäiriöiden ilmenemistä, koska heidän pitää sopeutua uuteen ympäristöön ja totutut unitavat rikkoutuvat. Unenlaatu koettiin huonommaksi osastohuoneissa, joissa potilaita oli enemmän kuin kaksi. Yölliseen uneen vaikutti negatiivisesti myös huonetovereiden levoton käytös ja huono yleistila. Lisäksi toisten potilaiden unitavat, nukkumaanmenoajat ja heräämisajat voivat olla erilaisia kuin toisilla ja siten lisätä esimerkiksi unenviivettä ja sairaalassaoloaika. (Furlani & Ceolim 2006.) Huoneen jakaminen päivittäin uuden potilaan kanssa saattaa myös vaikuttaa negatiivisesti unenlaatuun (Yilmaz ym. 2012). Unenlaatu voidaan yhdistää vahvasti sairaalassaolon keston; potilaiden hyvä unenlaatu, ylläpidetty vuorokausirytmä ja riittävä lepo lyhentävät merkittävästi sairaalassaoloaika (Hultman ym. 2012; Kjølhede ym. 2012). Unihäiriöitä aiheuttavat myös huoneen ilma ja lämpötila, täysi huone, nukkumaanmeno- ja heräämisajat sairaalassa, huoli turvallisuudesta, huoneen valaistus yöllä sekä nälän tunne (Yilmaz ym. 2012). Epämukavilla vuoteilla oli negatiivinen vaikutus uneen, muun muassa patja koettiin liian kovaksi ja kuumaksi, lisäksi muovipäällysteiset tynnyt häiritsivät unta, eikä tynnyä ollut mahdollista valita (Gellerstedt ym. 2014).

Monet potilaat kuvasivat, kuinka he eivät saaneet tietoa siitä, mitä osastolla tulee tapahtumaan, mikä lisäsi turvattomuuden tunnetta (Gellerstedt ym. 2014). Ennakoiva ahdistus tuleviin leikkauksiin ja toimenpiteisiin lisäsi unihäiriöiden esiintymistä sairaalapotilailla (Jolfaei ym. 2014). Potilaiden epätietoisuus siitä, milloin hoitaja tulisi takaisin heidän luokseen, aiheutti unen häiriöitä. Potilaiden kokemus siitä, että heitä ei uskottu, teki heidän olostaan epävarman ja aiheutti hylätyksi tulemisen tunteen. Osa potilaista koki fyysisen hoidon epämukavaksi, mikä aiheutti turvattomuuden tunnetta. Potilaat kertoivat myös, että suunnitellun hoidon peruminen herätti tunteen hylätyksi tulemisesta. Potilaat kuvasivat, kuinka ajatukset ja huono kuva heidän terveydentilastaan vaikutti uneen. (Gellerstedt ym. 2014.)

Akuutti ja krooninen kipu aiheuttavat unenpuutetta. Unenpuutteella ja kivulla on haitallinen vaikutus toisiinsa. (Pilkington 2013.) Leikkauksen jälkeen potilailla on vaikeuksia löytää sopivaa asentoa vuoteessa toimenpiteen laajuudesta, kivusta ja lääkkeistä riippuen. Nämä tekijät vaikuttavat negatiivisesti unenlaatuun. (Furlani & Ceolim 2006.) Lyhyt- ja pitkäaikainen opioidien käyttö on yhdistetty epänormaaliin unirakenteeseen (Kjølhede ym. 2012). Suuri määrä opioideja leikkauksen jälkeen oli itsenäinen riskitekijä huonolle unenlaadulle, kuten myös antiemeettien ja unilääkkeiden käyttö (Furlani & Ceolim 2006; Kjølhede ym. 2012). Toisaalta riittämätön kivunlievitys tai sen

pitkäaikainen odottaminen yön aikana saa aikaan negatiivisia vaikutuksia uneen (Gellerstedt ym. 2014). Farmakologiset keinot ovat käytettyjä kivunlievityksessä gynekologisilla potilailla, siitä huolimatta riittämätöntä kivunlievitystä raportoidaan. Tästä syystä lääkkeettömien kivunlievitystapojen käyttö on lisääntynyt. Tehoton leikkauksen jälkeinen kivunhallinta vaikuttaa negatiivisesti psykologiseen hyvinvointiin ja lisää muun muassa ahdistuksen, masennuksen ja vihan tunteita. Lievittämätön postoperatiivinen kipu voi hoitamattomana johtaa kivun kroonistumiseen. (Man Sin & Ming Chow 2015.)

5.2 Unenpuutteen vaikutukset

Unenpuute, jota potilaat kokevat sairaalahoidon aikana, on haitaksi terveydelle ja hyvinvoinnille. Lyhyt ja pitkäkestoinen sairaalassaolo ovat molemmat riskinä unenpuutteelle ja negatiivisille terveysvaikutuksille. (Pilkington 2013.) Unenpuute voi aiheuttaa muutoksia immuunipuolustukseen, vahingoittaa fysiologisia ja tiedollisia toimintoja sekä vähentää hyvinvoinnin tunnetta (Zaros & Ceolim 2008). Tiedollisten toimintojen muutokset voivat vaikuttaa negatiivisesti potilaiden kuntoutumiseen. Unenpuute laskee merkittävästi energiatasoa, heikentää fyysistä toipumista ja vaikuttaa liikkumiseen ja kuntoutumiseen. (Pilkington 2013.) Uniongelmien on raportoitu estävän haavan paranemisprosessia ja tekevän haavan alttiiksi komplikaatioille (Yilmaz ym. 2012).

Sairaalassaolo ja leikkauksesta johtuva stressi aiheuttavat muutoksia naisen fysiologiassa sekä päivittäisissä rutiineissa, tämä voi aiheuttaa häiriöitä esimerkiksi univalvetrymiin (Zaros & Ceolim 2008). Toisaalta myös unenpuute lisää merkittävästi potilaiden stressiä ja ahdistusta (Pilkington 2013). Unenlaadun heikkeneminen sairaalapotilailla voi vaikuttaa heidän keskittymiskykyynsä, vaikeuttaa ahdistuksen hallitsemista sekä aiheuttaa muutoksia mielialaan (Gellerstedt ym. 2014). Yksi tärkeimmistä vallitsevista postoperatiivisista oireista esimerkiksi kohdunpoiston jälkeen on häiriintynyt uni, joka voi vaikuttaa mielialaan, johtaa voimattomuuteen sekä väsymyksen kokemiseen (Kjølhede ym. 2012).

Vastaavasti myös huonolaatuinen uni ja lisääntynyt yöllinen herääminen ennustavat kipua seuraavana aamuna sekä tulevan päivän toimenpiteissä. Potilaat, jotka nukkuvat huonosti saattavat tulla kipuherkiksi. (Pilkington 2013.)

5.3 Unenlaadun parantaminen

Unenpuutteen syyt on tärkeää tunnistaa, jotta potilaiden unta pystytään parantamaan sairaalassa. On tärkeää varmistaa, että potilaat ja läheiset ovat tietoisia niistä tekijöistä, jotka häiritsevät potilaiden unta. Näin voidaan parantaa sairaalan nukkumisympäristöä sekä vähentää unen häiriötekijöitä. (Grossman ym. 2017.)

Sairaalassa tulisi tehdä muutoksia, jotka vähentävät ihmisistä johtuvaa meluhaittaa kuten esimerkiksi rajoittaa vierailuaikoja sekä vähentää sänkyjen määrää huonetta kohden (Park ym. 2014). Yhden hengen huone vahvistaa potilaiden loukkaamattomuutta sekä yksityisyyttä ja vaikuttaa uneen positiivisesti (Gellerstedt ym. 2014). Avohoito- ja sairaalapotilaat tulisi mahdollisuuksien mukaan järjestää eri huoneisiin (Yilmaz ym. 2012). Yölliset äänet tulee pitää minimissä esimerkiksi vähentämällä henkilökunnan keskusteluja sekä puhelimien äänenvoimakkuutta. Tarpeettomia toimenpiteitä tulisi rajoittaa, jotta häiriöitä aiheutuisi yöllä mahdollisimman vähän. Ympäristöstä johtuvia haittatekijöitä voidaan vähentää muun muassa sammuttamalla säännöllisesti valot iltaisin tai käyttämällä himmentimiä sänkyjen vieressä. (Pilkington 2013.)

Suotuisia vaikutuksia unenlaatuun saadaan huolehtimalla unihygieniasta kuten pitämällä säännöllinen aikataulu nukkumisessa (Zaros & Ceolim 2008). Perusmukavuudet vaikuttavat potilaiden uneen, muun muassa sänky, jossa on hyvä maata sekä tyyny, joka auttaa tuntemaan olon rentoutuneeksi. Myös puhtaalla ja raikkaalla ilmalla on positiivinen vaikutus uneen. (Gellerstedt ym. 2014.)

On tärkeää rohkaista hoitajia seuraamaan potilaiden unta sekä järjestää mahdollisimman hyvä ympäristö nukkumiselle sairaalassa (Yilmaz ym. 2012). Hoitajien tulee saada näyttöön perustuvaa tietoa sekä informaatiota laadukkaan unen tärkeydestä potilaille sairaalassaoloaikana (Furlani & Ceolim 2006). Potilaiden stressin ja ahdistuksen vähentämiseksi hoitajien tulee pyrkiä varmistamaan, että potilaiden kipua hoidetaan tarpeeksi ja, että heitä rauhoitellaan tarvittaessa (Pilkington 2013). On todettu, että kipu on usein heikosti hoidettua yleislääketieteen potilailla ja voidaan osoittaa, että on tarve parempaan kivunhallintaan riittävän unen ja toipumisen kannalta (Grossman ym. 2017). Hoitohenkilökunnan lempeydellä fyysisessä kontaktissa oli positiivinen vaikutus potilaiden uneen. Tuntiessaan olonsa turvalliseksi, potilaat nukkuivat paremmin. He kuvasivat, että turvallisuuden tunne teki heidät rentoutuneiksi ja näin ollen paransi unenlaatua. Turvallisuuden tunnetta edesauttoi riittävän informaation saanti sekä se,

että henkilökunnalla oli aikaa keskustella potilaiden kanssa. Hoitajat osoittivat sanojensa ja tekojansa avulla, että he olivat potilaiden käytettävissä. (Gellerstedt ym. 2014.)

Potilaat kertoivat toivovansa yksilöllisempää hoitoa ja voivansa jatkaa jo kotona totuttuja unirutiineja esimerkiksi vähentämällä aikaisia herätyksiä osastolla (Gellerstedt ym. 2014). Uniongelmia voidaan ennaltaehkäistä ja hoitaa tekemällä osastolla tarvittavia sisäisiä muutoksia sekä luomalla positiivinen ilmapiiri (Jolfaei ym. 2014). Lisäksi potilaan omalla hoidon osallistumisella oli positiivinen vaikutus uneen (Gellerstedt ym. 2014).

6 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti eli rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti. Opinnäytetyössä viitattiin muiden tutkijoiden töihin ja julkaisuihin asianmukaisella tavalla, työssä ei myöskään esiinny plagiointia. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus ei menetelmänä loukkaa kenenkään yksityisyydensuojaa, sillä työ on tehty muiden tutkimuksien pohjalta, eikä kenenkään henkilötietoja ole myöskään siinä käytetty. Opinnäytetyön aihe, gynekologisen leikkauspotilaan unenlaadun parantaminen, itsessään ei sisällä eettistä ongelmaa. Eettisyyden näkökulma nousee esille lähinnä siksi, että opinnäytetyön tuloksissa kävi ilmi, että hoitohenkilökunnalla on niukasti tai ei juuri lainkaan tietoa potilaiden leikkauksen jälkeisistä uniongelmista. Eettisten periaatteiden mukaan työntekijöillä on velvollisuus kartuttaa sekä ylläpitää tietojansa sekä taitojaan laadukkaasti työn varmistamiseksi. Terveystieteiden keskeinen päämäärä on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja hoito sekä kärsimyksen lievittäminen. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta.) Näin ollen opinnäytetyö sisältää tärkeää tietoa gynekologisen leikkauspotilaan unenlaadusta ja sen parantamisesta, joilla on tärkeä merkitys potilaan hyvinvoinnin edistämisen kannalta.

Opinnäytetyön luotettavuutta analysoitiin muun muassa validiteetin ja reliabiliteetin näkökulmista. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, että vastaako työ mitattavaan asiaan eli tutkimuskysymyksiin ja reliabiliteetilla viitataan siihen, ovatko työn tulokset toistettavissa (Hirsjärvi ym. 2009). Tarkasti täytettyjen tiedonhaku- ja tutkimustaulukoiden avulla tutkimustulokset on mahdollista toistaa. Toisaalta tutkimustulosten toistamiseksi tulee kuitenkin olla saatavuus tietokantoihin, joista työn aineisto on kerätty. Opinnäytetyön luotettavuutta edisti valittujen artikkeleiden tarkka seulonta ja laadun arviointi. Artikkeleiden seulontaan, laadun arviointiin sekä käännöstyöhön osallistui kolme tutkijaa, mikä parantaa tulosten luotettavuutta. Opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi myös se että, työhön valikoitui tutkimuksia useista eri maista. Kaikkiaan työssä käytettiin kahdeksassa eri maassa tehtyjä tutkimuksia. Kulttuurillisten erojen vuoksi kaikki tulokset eivät välttämättä ole suoraan sovellettavissa Suomen olosuhteisiin. Kattavan tiedon saamiseksi, mukaan valittiin ainoastaan sellaisia tutkimuksia, joista oli saatavilla tiivistelmän lisäksi myös kokoteksti. Työhön pyrittiin löytämään mahdollisimman ajankohtaista tietoa,

jonka avulla saatiin vastauksia valittuihin tutkimuskysymyksiin. Tiedonhaun rajauksina käytettiin pääasiassa vuosia 2008–2018, mutta mukaan valikoitui kuitenkin yksi tutkimus, joka oli julkaistu vuonna 2006. Kyseinen tutkimus oli kattava ja sisälsi paljon hyvää tietoa tätä opinnäytetyötä ajatellen. Huolellinen kääntäminen ja asiasisällön ymmärtäminen tukevat luotettavuutta, toisaalta käänösvaiheessa saattaa tulla virheitä. Virheiden minimoimiseksi kääntämisessä käytettiin apuna muun muassa MOT-sanakirjaa. Muutamassa mukaan valitussa tutkimuksessa oli suhteellisen pieni otoskoko, joka mahdollisesti vaikutti tulosten luotettavuuteen heikentävästi. Aiheesta löytyi myös niukasti aikaisempia tutkimuksia. Unenlaadun parantamisesta löytyi tutkimuksia suhteellisen paljon, mutta gynekologisen leikkauspotilaan osalta aineistoa löytyi huomattavasti vähemmän.

7 POHDINTA

Opinnäytetyön tuloksien mukaan merkittävimpiä unenhäiriötekijöitä olivat melu, valo ja kipu (Furlani & Ceolim 2006; Yilmaz ym. 2012; Pilkington 2013; Gellerstedt ym. 2014). Näiden lisäksi ahdistuksella on todettu olevan yhteys huonoon unenlaatuun (Pilkington 2013; Gellerstedt ym. 2014; Jolfaei ym. 2014).

Melua osastolla aiheuttivat muun muassa muista potilaista ja heidän vierailijoistaan johtuvat äänet, myös hoitohenkilökunnasta johtuvat äänet koettiin häiritseviksi (Park ym. 2014). Potilaat kertoivat myös puhelimista ja televisiosta aiheutuvien äänien häiritsevän heitä (Pilkington 2013; Park ym. 2014). Sairaalassa tulisi tehdä muutoksia, jotka vähentävät ihmisistä aiheutuvaa meluhaittaa kuten rajoittamalla vierailuaikoja ja niiden kestoa, sekä vähentämällä sänkyjen määrää huonetta kohden (Park ym. 2014). Yöllisiä ääniä tulee vähentää rajoittamalla henkilökunnan keskustelua, puhelinten äänenvoimakkuutta sekä tarpeettomia toimenpiteitä (Pilkington 2013). Useissa sairaaloissa ei ole rajoitettuja vierailuaikoja, mistä johtuen osastohuoneissa saattaa olla koko ajan vierailijoita, jotka aiheuttavat meteliä. Ongelmaa pahentavat monen hengen huoneet, jolloin potilaat eivät itse voi määrittellä, milloin he haluavat olla rauhassa ja levätä. Öisin vierailijoita ei ole, joihin ongelmaksi nousevat hoitohenkilökunnasta johtuvat äänet. Tämän vuoksi hoitajat tarvitsevat enemmän informaatiota potilaiden tarvitsemasta yöllisestä hiljaisuudesta, jotta potilaille voidaan taata hyvä ja laadukas uni. Myös hoitotoimenpiteet tulisi suunnitella niin, ettei niitä tarvitsisi suorittaa öisin. Sairaaloihin olisi hyvä kehittää yhtenäiset säännöt puhelinten ja television käyttöä koskien, jotta voitaisiin tasavertaisesti taata kaikille potilaille rauha laadukasta unta varten.

Tulosten mukaan valolla oli suora yhteys unihäiriöihin. Jatkuva altistuminen kirkaalle valolle vaikuttaa melatoniinitasoihin sekä myöhentää vuorokausirytmia (Pilkington 2013). Kirkas valo juuri ennen nukkumaanmenoa piristää huomattavan paljon, joten olisi hyvä pyrkiä olemaan hieman hämärämmässä ennen nukkumista. Lisäksi unta häiritse se, että huoneet oli valaistu myös yöaikaan tai valo oli kohdistettu väärin (Yilmaz ym. 2012; Gellerstedt ym. 2014.) Huoneen olisi hyvä olla yöaikaan täysin pimeä, jotta potilaat saisivat nukkua rauhassa. Huoneen pimentäminen esimerkiksi pimennysverhojen avulla olisi helppo tapa saada valaistus minimiin ja siten vähentää potilaiden valoärsykettä. Myös valojen kohdentamista helpottaisi se, että jokaisella olisi oma yövalo,

jota pystyy kääntelemään itselleen sopivaan kohtaan niin, ettei se häiritse huoneen muita potilaita. Valosta johtuvia häiriötekijöitä voidaan vähentää sammuttamalla valot joka ilta samaan aikaan ja sänkyjen vieressä voitaisiin tarvittaessa käyttää myös himmentimiä (Pilkington 2013). Himmennimet olisivat loistava apukeino siihen, että potilaat voisivat itse säädellä valon voimakkuutta. Valojen sammuttamisen jälkeen he saisivat vielä halutessaan pitää omaa himmennysvaloaan päällä, eikä se häiritsisi muita huoneessa olevia potilaita.

Tulokset osoittavat, että kipu oli yksi tärkeimmistä unenhäiriötekijöistä. Kipu raportoitiin fyysisenä tekijänä, joka vaikuttaa uneen. Riittämätön kivunlievitys ja sen pitkäaikainen odottaminen vaikuttivat uneen negatiivisesti. (Gellerstedt ym. 2014.) Ne potilaat, jotka kokivat unen häiriintyvän kivun vuoksi, kertoivat sen olevan jopa melua suurempi häiriötekijä (Grossman ym. 2017). Voidaan todeta, että kipua kokevat potilaat mieltävät melun jatkuvaa kipua siedettävämmäksi häiriötekijäksi. Lyhyt- ja pitkäaikainen kipu altistivat unenpuutteelle ja lisäksi niillä oli haitallinen vaikutus toisiinsa. Huonolaatuinen uni ja lisääntyneet yölliset heräämiset ennakoivat kipua seuraavana aamuna sekä tulevan päivän toimenpiteissä. Huonosti nukkuvilla potilailla oli myös lisääntynyt riski tulla kipuherkiksi. (Pilkington 2013.) Tutkimukset osoittavat, että riittävän unen ja toipumisen kannalta on tarve parempaan kivunhallintaan (Grossman ym. 2017). Tämän vuoksi hoitajien tulee pyrkiä varmistamaan, että potilaiden kipua hoidetaan tarpeeksi (Pilkington 2013). Kivunlievitysmenetelmät ovat kehittyneet ajansaatossa ja nykyisin tiedetään paljon sekä lääkinnällisistä että lääkkeettömistä kivunlievityskeinoista. Vaikuttaa kuitenkin siltä, että laajaa teoriatietoa asiasta ei osata riittävästi toteuttaa käytännössä. Useissa sairaaloissa ja monilla osastoilla lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät eivät ole juuri lainkaan käytössä osana potilaiden kivunlievitystä. Erityisesti kirurgisilla osastoilla painotetaan aikaisen liikkeelle lähtemisen roolia kivun hallinnassa sekä kuntoutumisessa, mutta esimerkiksi asentohoidon, musiikin kuuntelun sekä kylmä- ja lämpöhoidon osuus kivunhoidossa jää hyvin vähäiseksi. Monet potilaat ovat tietämättömiä lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä, sillä hoitajat eivät tuo niitä potilaiden tietoisuuteen sairaalassa. Tähän saattaa vaikuttaa muun muassa osastojen kiireinen aikataulu, jolloin hoitajat turvautuvat kivunlievityksessä lääkinnällisiin keinoihin, sillä niillä saadaan usein nopeampi vaste kuin lääkkeettömillä tavoilla. Lisäksi lääkkeettömien keinojen toteuttaminen vaatii selvästi enemmän hoitajien aikaa, kuin esimerkiksi kipulääkkeen antaminen. Osaston kiireisen ilmapiirin vuoksi potilaat saattavat kokea olevansa häiriöksi pyytäessään kivunlievitystä. Tästä syystä potilaat mahdollisesti yrittävät hiljaa hyväksyä kipunsa ja selviytyä sen kanssa.

Unenpuute on yhteydessä immuunipuolustuksen muutoksiin, tietoisuuden sekä hyvinvoinnin tunteen vähenemiseen (Zaros & Ceolim 2008). Tiedollisten toimintojen muutokset voivat vaikuttaa negatiivisesti potilaiden kuntoutumiseen (Pilkington 2013). Merkittävät uniongelmat hidastavat myös haavan paranemisprosessia ja tekevät sen alttiiksi komplikaatioille (Yilmaz ym. 2012). Unenpuute vaikuttaa potilaan terveyteen negatiivisesti monella tavalla; immuunipuolustus heikkenee, infektioherkkyys lisääntyy ja haavat paranevat huonommin. Tulosten mukaan potilaat, jotka nukkuivat huonosti ensimmäisenä yönä sairaalassa, viipyivät siellä pidempään (Kjølhede ym. 2012). Hyvällä unenlaadulla pystyttäisiin näin ollen lyhentämään potilaiden sairaalassaoloaikaa. Laadukkaan unen turvaaminen sairaalassa olisi tärkeää myös sen vuoksi, että hoidosta saataisiin kustannustehokkaampaa. Potilaille itselleen sekä valtiolle olisi halvempaa, kun potilaiden uniongelmia hoidettaisiin paremmin. Tällöin potilaat voisivat kotiutua nopeammin ja he maksaisivat vähemmän sairaalamaksuja, eikä sairaalan resursseja myöskään kuluisi turhaan uniongelmaista kärsivän potilaan hoitoon.

7.1 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimukset ovat ehdottoman tärkeitä. Aiheesta ei löydy tietoa suomenkielellä ja englanninkielelläkin tutkimuksia on hyvin rajallisesti. Opinnäytetyö toteutettiinkin yhdistelemällä tietoa, sillä spesifiä tietoa aiheeseen ei juurikaan ollut saatavilla. Tietoa on saatavilla vain yleisesti leikkauksen jälkeisistä uniongelmistä ja unenlaadun parantamisesta, mutta jatkotutkimuksia olisi hyvä tehdä nimenomaan gynekologinen leikkauspotilas huomioiden. Kerätyssä aineistossa keskitytään eniten ympäristötekijöihin ja sivutaan vähemmän henkistä puolta. Psykkinen osa-alue on kuitenkin hyvin tärkeä nimenomaan gynekologista leikkauspotilasta ajatellen, koska gynekologisissa leikkauksissa monesti kajotaan potilaan kehon osiin, jotka ovat osa hänen naiseuttaan. Mietittäessä esimerkiksi kohdunpoistoa, voi se olla naiselle henkisesti äärimmäisen kuormittava asia, koska kohtu liitetään niin tärkeäksi osaksi naiseutta (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016). Aiheellista olisi tehdä tutkimus, jossa keskityttäisiin gynekologisen leikkauspotilaan unenlaatuun ja sen parantamiseen, ja jossa otettaisiin huomioon enemmän myös potilaiden psykkinen hyvinvointi.

LÄHTEET

Botha, E. & Ryttyläinen-Korhonen, K. 2016. Naisen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Furlani, R. & Ceolim, M.F. 2006. Sleep quality of women with gynecological and breast cancer. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006 novembro-dezembro; Vol. 14, No 6, 872-878.

Gellerstedt, L.; Medin, J. & Rydell Karlsson, M. 2014. Patient's experience of sleep in hospital: a qualitative interview study. *Journal of Research in Nursing*. Vol. 19, No 3, 176-188.

Grossman, M.N.; Anderson, S.L.; Worku, A.; Marsack, W.; Desai, N.; Tuvilla, A.; Ramos, J.; Francisco, M.A.; Lafond, C.; Balachandran, J.S.; Mokhlesi, B.; Farnan, J.M.; Meltzer, D.O. & Arora, M. 2017. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. Vol. 13, No 2, 301-306.

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

Hultman, T.; Coakley, A.B.; Annese, C.D. & Bouvier, S. 2012. Exploring the sleep experience of hospitalized adult patients. *Creative Nursing*. Vol. 18, No 3, 135-139.

Jolfaei, A.G.; Makvandi, A. & Pazouki, A. 2014. Quality of sleep for hospitalized patients in Rasoul-Akram hospital. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. Vol 28, 1-6.

Kjølhede, P.; Langström, P.; Nilsson, P.; Borendal Wodlin, N. & Nilsson, L. 2012. The Impact of Quality of Sleep on Recovery from Fast-Track Abdominal Hysterectomy. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. Vol. 8, No 4, 395-402.

Lundgrén-Laine, H. 2015. Terveyttä tuottava perushoito STEPPI-hanke. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Viitattu 15.5.2018 <http://docplayer.fi/6158944-Terveyttä-tuottava-perushoito-steppi-hanke.html>

Lääkätieteen termit. 2017. Viitattu 2.3.2018 <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi>, Terveysportti, Termit ja sanakirjat.

Man Sin, W. & Ming Chow, K. 2015. Effect of Music Therapy on Postoperative Pain Management in Gynecological Patients: A Literature Review. *Pain Management Nursing*. Vol. 16, No 6, 978-987.

Park, M.J.; Yoo, J.H.; Cho, B.W.; Kim, K.T.; Jeong, W-C. & Ha, M. 2014. Noise in hospital rooms and sleep disturbance in hospitalized medical patients. *Environmental Health and Toxicology*. Vol. 29, 1-6.

Partinen, M. & Huutoniemi, A. 2018. *Uniterveyskirja. Nuku hyvin, voi hyvin*. Jyväskylä: Docendo Oy.

Pilkington, S. 2013. Causes and consequences of sleep deprivation in hospitalised patients. *Nursing Standard*. Vol. 27, No 49, 35-42.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopisto. Viitattu 1.3.2018 https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 1.3.2018 http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Unettomuus (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017. Viitattu 23.2.2018 Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. n.d. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Viitattu 4.5.2018 <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu-ja+1+Terveydenhuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>

Yilmaz, M.; Sayin, Y. & Gurler, H. 2012. Sleep quality of hospitalized patients in surgical units. *Nursing Forum*. Vol. 47, No 3, 183-192.

Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. 2011. *Naistentaudit ja synnytykset*. 5., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Zaros, M.C. & Ceolim, M.F. 2008. Sleep/wake cycle of women submitted to elective gynecological surgery with a one-day hospital stay. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008 setembro-outubro; Vol. 16, No 5, 838-843.

TIEDONHAKUTAULUKKO

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Osumat	Valitut työt
Cinahl Complete	gyneco* AND sleep* AND quali*	2008-2018	36	1
PubMed	gyneco* AND pain*	2008-2018	1390	1
PubMed	gynecological surgery AND sleep quality	2008-2018	21	1
PubMed	sleep AND hospitalized	2008-2018	658	4
PubMed	sleep* AND quality* AND inpatient*	2008-2018	259	1
Cinahl Complete	sleep* AND hospital* AND inpatient*	2000-2018	547	1
PubMed	gynecological patients AND sleep AND quality	-	95	1
Cinahl Complete	sleep* AND hospital* AND inpatient*	2013-2018	297	1

TUTKIMUSTAULUKKO

Tutkimuksen tekijä, maa ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Tutkimusotos	Tulokset
Park ym., Korea, 2014	Mitata melutasoja sairaalan osastohuoneissa.	Kyselytutkimus	n = 103	Korkeat melutasot ovat suorassa yhteydessä lisääntyneeseen unilääkkeiden käyttöön, mikä pidentää sairaalassaoloaikaa. Potilaiden havaitsemat häiriötekijät olivat eniten muista potilaista johtuvia.
Zaros ym., Brasilia, 2008	Vertailla preoperatiivista ja postoperatiivista univalverytmiä.	Kuvaileva poikkileikkaus-tutkimus	n = 22 naista	Sairaalassaolo ja leikkauksesta johtuva stressi aiheuttavat muutoksia naisen fysiologiassa ja päivittäisissä rutiineissa, tämä voi aiheuttaa häiriöitä esim. Univalverytmiin. Fyysisen aktiivisuuden väheneminen voi johtaa heikentyneeseen unenlaatuun.
Pilkington, Iso-Britannia,	Määrittää tekijät, jotka vaikuttavat unenlaadun kokemiseen sairaalapotilailla.	Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen kirjallisuuskatsaus	n = 64	Unenhäiriötekijät ovat vaihtelevia, joihin sisältyy ympäristö ja biokognitiiviset tekijät kuten kipu, kirkas valo, melu, ahdistus ja stressi.

2013				
Kjølhede ym., Ruotsi, 2012	Tutkia anestesia- muotojen vaikutusta unenlaatuun ja arvioida, miten se vaikuttaa toipumiseen.	Avoin, ohjattu ja satun- naistettu monikeskustut- kimus	n = 162	Spinaalipuudutuksella on yleisanestesiaa pa- rempi lopputulos, vähemmän havaittuja oireita, nopeampi toipuminen ja lyhyempi sairausloma. Lisäksi opioidien käyttö oli merkittävästi alhai- sempaa spinaalipuudutettujen ryhmässä.
Yilmaz ym., Turkki, 2012	Määrittää sairaalahoidossa olevien potilaiden unenlaatuun kirurgisissa yksiköissä ja tekijöitä, jotka vaikutta- vat unenlaatuun.	Kuvaileva tutkimus	n = 411	Leikkauksen laajuus on merkittävin unenlaa- tuun vaikuttava tekijä. Unenlaatu oli huonompaa myös niillä, joita jouduttiin hoitamaan yön aikana.
Furlani ym., Brasilia, 2006	Kuvata tavanomaista unenlaatuun naisilla, jotka kärsivät gynekologisista- ja rintasyövästä ja verrata tavan- omaista unenlaatuun sekä unenlaatuun sairaalassaoloaikana.	Kuvaileva tutkimus	n = 25	Yölliseen uneen vaikuttivat negatiivisesti pää- asiassa WC:ssä käynti, kiputuntemukset, hoi- totoimenpiteet yöllä, melu osastolla, liiallinen valaistus, muista potilaista johtuvat häiriöt, liian kuuma yön aikana sekä aikainen herääminen.
Gellerstedt ym., Ruotsi, 2014	Tutkia ja kuvailla potilaiden koke- muksia nukkumisesta sairaalassa.	Kuvaileva tutkimus	n = 38	Kun potilaat tunsivat olonsa turvallisiksi ja kokivat olevansa turvallisissa käsissä, he nuk- kuivat paremmin.

Hultman ym., Yhdysvallat, 2012	Tutkia potilaiden havaintoja uniko- kemuksista sairaalassaoloaikana.	Haastattelututkimus (struk- turoidut kysymykset)	n = 37	Tulokset osoittivat, että potilaat nukkuivat huo- nommin, kun he tunsivat olonsa epämukaviksi, kun he heräsivät toimenpiteitä varten ja kun ympäristö oli meluisa. Potilaat kommentoivat, miten heidän oireensa esim. kipu, vaikutti heidän kykyynsä nukkua sairaalassaolon aikana.
Jolfaei ym., Iran, 2014	Arvioida unenlaadun ja muiden teki- jöiden vaikutusta sairaalapotilaisiin.	Poikkileikkaustutkimus	n = 209	Pääsyyitä unihäiriöille olivat ympäristötekijät, melu, lämpötila, huonetoverien lukumäärä, lääketieteelliset ja psykologiset ongelmat.
Grossman ym., Yhdysvallat, 2017	Arvioida eroja unihäiriöistä hoitajien, lääkäreiden ja potilaiden näkökulmasta. Toisena tarkoituksena oli arvioida potilaiden raportoimaa yhteyttä sai- raala-ajan unihäiriöihin ja unen kes- toon sekä tehokkuuteen.	Kyselytutkimus	n = 166 potilasta, 28 lääkäriä, 37 hoitajaa	Potilaat raportoivat tärkeimmiksi unta häiritse- viksi tekijöiksi kivun, elintoimintojen mittaami- sen, testit, melu ja lääkitys.
Man Sin ym., Kiina,	Tunnistaa, tehdään yhteenvetoa ja kriittisesti arvioida nykyistä näyttöä musiikkiterapiasta ja	Kirjallisuuskatsaus	n = 7	Tehoton postoperatiivinen kivunhallinta vaikut- taa negatiivisesti psykologiseen hyvinvointiin. Tutkimukset ovat löytäneet korkeampaa

2015	postoperatiivisen kivun hallinnasta gynekologisten potilaiden keskuudessa.			tunteiden kuten ahdistuksen, masennuksen ja vihan esiintymistä niillä potilailla, joiden postoperatiivinen kipu oli lievittämätöntä. Musiikkiterapia todistetusti laskee kivun voimakkuutta, kipulääkkeiden kulutusta, uupumusta sekä ahdistusta gynekologisilla leikkauspotilailla postoperatiivisesti.
-------------	----------------------------------------------------------------------------	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------