

Tiina Keränen ja Kaisa Meriluoto

**ELEKTIIVISEN PUUDUTUSLEIKKAUSPOTILAAN KOKEMUKSIA
LEIKKAUSOSASTOLTA**

Opinnäytetyö
Kajaanin ammattikorkeakoulu
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Syksy 2010



Koulutusala Sosiaali-, terveys ja liikunta-ala	Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma
Tekijät Tiina Keränen ja Kaisa Meriluoto	
Työn nimi Elektiivisen puudutusleikkauspotilaan kokemuksia leikkausosastolta	
Vaihtoehtoiset ammattiopinnot Perioperatiivinen hoitotyö ja kirurginen hoitotyö	Ohjaajat Irja Jokelainen, Kristiina Anttonen, Tiina Poranen ja Anu-Leena Laakkonen Toimeksiantaja Kainuun maakunta -kuntayhtymä, leikkaus- ja anestesiasasto
Aika Syksy 2010	Sivumäärä ja liitteet 40+6
<p>Opinnäytetyömme tilaaja oli Kainuun maakunta -kuntayhtymän Kainuun keskussairaalan leikkausosasto. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää elektiivisten puudutusleikkauspotilaiden kokemuksia leikkausosastolla oloajastaan. Tavoitteena oli tuottaa tietoa Kainuun keskussairaalan leikkausosaston hoitajille potilaiden kokemuksista leikkausosastolla oloajastaan. Leikkausosaston henkilökunta voi halutessaan hyödyntää tutkimustuloksia kehittäessään omaa toimintaansa yhä potilaslähtöisemmäksi.</p> <p>Tietoa keräsimme strukturoidulla kyselyllä, jonka kohteena olivat elektiiviset puudutuksessa leikatut täysi-ikäiset potilaat, jotka menivät leikkauksen jälkeen vuodeosastolle. Toteutimme kyselyn Kainuun keskussairaalan kirurgisilla vuodeosastoilla 6 ja 7. Kyselyn toteutuksen ajankohta oli syksyllä 2010. Tulostimme kyselyitä 30 kappaletta, joista 14 jaettiin potilaille. Täytettyjä lomakkeita saimme takaisin 11. Kadon määrä oli kolme.</p> <p>Valitsimme opinnäytetyömme kyselyn pohjaksi Hyvä perioperatiivinen hoito -mittarin (Leinonen ja Leino-Kilpi 2008) ja muokkasimme mittaria aiheeseemme sopivaksi. Huomioimme useat potilaan kokemuksiin vaikuttavat tekijät leikkausosastolla. Kyselylomakkeen alussa kysyimme potilaan ikää ja sukupuolta sekä leikkaustilanteen taustatekijöitä. Väittämät leikkauksen aikaisista kokemuksista koskivat viittä aihealuetta, jotka olivat potilaan fyysinen huolenpito, tiedonanto, psyykinen tukeminen, huomiointi ja leikkausosaston ilmapiiri. Kyselyn tulokset kirjassimme käsin tyhjälle kyselylomakkeelle. Näin oli käytännöllistä vertailla tuloksia keskenään. Puoliavointen kysymysten sekä vapaa sana -kohdan vastaukset kirjassimme Wordiin ja toimme ne esille tuloksissa.</p> <p>Kyselyn tulokset olivat pääosin myönteisiä. Suurin osa potilaista muisti leikkausosastolle tulonsa, leikkaussalissa ja heräämössä oloaikansa sekä leikkausosastolta takaisin vuodeosastolle lähtönsä. Enemmistöllä oli paljon tietoa sekä leikkauksesta että puudutustavasta. Potilaat pidettiin leikkausosastolla kivuttomina ja lämpötilasta huolehdittiin. Myös puudutukset ja leikkaukset suoritettiin hyvin. Potilailla oli leikkausosaston henkilökunnasta ammattitaitoinen kuva. Potilaille annettiin tietoa suurimmaksi osaksi riittävästi. Leikkausosastolla potilaita tuettiin henkisesti ja jännittäminen huomioitiin. Potilaita kohdeltiin ystävällisesti siten, etteivät he joutuneet noloihin tilanteisiin. Osaston henkilökunta oli ystävällistä ja he antoivat riittävästi aikaa potilaille. Potilaat kokivat leikkausosastolla oloaikansa turvalliseksi. Jatkotutkimusaiheena on potilaiden leikkausosastokokemusten selvittäminen laajemmin Kainuun keskussairaalassa. Päiväkirurgisten potilaiden kokemuksia voisi kartoittaa siltä kannalta, miten kotiinlähde samana päivänä vaikuttaa potilaan turvallisuudentunteeseen.</p>	
Kieli	Suomi
Asiasanat	Perioperatiivinen hoitotyö, potilaan kokemus, potilaan turvallisuudentunne
Säilytyspaikka	<input checked="" type="checkbox"/> Verkkokirjasto Theseus <input checked="" type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School Health and Sports	Degree Programme Nursing
Authors Keränen Tiina and Meriluoto Kaisa	
Title Experiences from the Operating and Anesthesia Ward of Patients Who Have Undergone Local Anesthesia	
Optional Professional Studies Perioperative Nursing and Surgical Nursing	Instructors Jokelainen Irja, Anttonen Kristiina, Poranen Tiina and Laakkonen Anu-Leena
	Commissioned by The Joint Authority of Kainuu Region, Operating and Anesthesia Ward
Date Autumn 2010	Total Number of Pages and Appendices 40+6
<p>The purpose of this thesis was to study the experiences of patients who had been operated in local anesthesia had of the operating and anesthesia ward. The goal was to provide the operating room staff information about patients' experiences.</p> <p>The research question was: What kind of experiences did patients who had been operated in local anesthesia have of the operating and anesthesia ward?</p> <p>The data was collected with a questionnaire, which was originally made by Leinonen and Leino-Kilpi and which is called Good Perioperative Nursing Care questionnaire. The questionnaire was modified to some extent to meet the requirements of this thesis, and it was given to the patients in Kainuu Central Hospital wards 6 and 7 during 17 days in autumn 2010. Eleven patients answered the questionnaire during that time.</p> <p>The results were positive. Most patients remembered their coming to the operating ward, being there and also their leaving the ward, and had a lot of knowledge about the surgery and local anesthesia. Patients were not in pain during surgery and they were kept warm. The surgeries and anesthesia were performed well. Patients were mostly satisfied with the information they were given. They were supported mentally, their anxiety was considered and they were treated kindly and considerately. The staff was friendly and had enough time for patients. The patients felt safe in the operating and anesthesia ward. In future it would be useful to study patients' experiences in other wards at Kainuu Central Hospital.</p> <p>An interesting subject for a study would be day-surgery patients' experiences of feeling safe considering the fact they are discharged on the same day after surgery instead of staying in hospital.</p>	
Language of Thesis	Finnish
Keywords	Perioperative care, experience of a patient, feeling safe
Deposited at	<input checked="" type="checkbox"/> Electronic library Theseus <input checked="" type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 POTILAAN KOKEMUKSET PERIOPERATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ	3
2.1 Perioperatiivinen hoitotyö	3
2.2 Potilaan kokemus	5
2.3 Potilastyytyväisyys	6
2.4 Potilaan turvallisuudentunne	8
3 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA	13
4 TUTKIMUSMENETELMÄ	14
4.1 Määrällinen tutkimus	14
4.2 Menetelmänä kysely	15
4.3 Aineistonhankinta ja analysointi	17
5 TULOKSET	20
5.1 Vastaajien taustatiedot ja leikkaustilanteen taustatekijät	20
5.2 Vastaajien kokemukset leikkausosastolta	22
6 POHDINTA	25
6.1 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	25
6.2 Luotettavuus	28
6.3 Eettisyys	31
6.4 Opinnäytetyöprosessi	32
6.5 Ammatillinen kasvu	35
LÄHTEET	37
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Suomen väestö ikääntyy ja muuttuu yhä monikulttuurisemmaksi. Lisäksi väestön asettamat vaatimukset ja tietotaso kasvavat. Teknologian kehitys tuo uusia mahdollisuuksia asiakaspalveluun ja potilaiden hoitoon. Nopeasti tapahtuvat muutokset yhteiskunnassa antavat terveydenhuollolle uusia haasteita sopeutua muutokseen. (Nurkkala 2010, 21.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää elektiivisten puudutusleikkauspotilaiden kokemuksia leikkausosastolla oloajastaan. Opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa tietoa Kainuun keskussairaalan leikkausosaston hoitajille potilaiden kokemuksista leikkausosastolla oloajastaan. Kainuun maakunta -kuntayhtymän arvoja ovat muun muassa asiakaslähtöisyys ja tuloksellisuus (Kainuun maakunta -kuntayhtymän arvot 2007). Opinnäytetyömme edistää näiden arvojen mukaista toimintaa leikkausosastolla. Tutkimusongelmamme on, millaisia kokemuksia elektiivisillä puudutusleikkauspotilailla on leikkausosastolla oloajastaan?

Tietoa keräämme kyselyllä, jonka kohteena ovat yli 18-vuotiaat elektiiviset puudutuksessa leikatut potilaat. Kyselyllä selvitämme potilaiden kokemuksia fyysisestä huolenpidosta, tiedonannosta, psyykkisestä tukemisesta, huomioinnista ja leikkausosaston ilmapiiristä. Kerromme leikkausosaston hoitajille kyselyn tulokset ja osaston henkilökunta voi halutessaan hyödyntää tutkimustuloksia kehittäessään omaa toimintaansa yhä asiakaslähtöisemmäksi. Aihe tukee ammatillista kehittymistämme hoitotyön arvojen toteuttajiksi. Perioperatiivisessa hoitotyössä korostuu potilaan elämänhallinnan tukeminen leikkauksen aikana.

Potilaan kokemuksiin leikkausosastolla vaikuttavat monet tekijät. Turvallisuudentunne on yksi merkittävä tekijä. Sairaanhoidaja tukee potilaan turvallisuutta ja selviytymistä. Hän huolehtii potilaan fyysisestä sekä psyykkisestä voinnista seuraamalla muun muassa kipua ja muita tunteita.

Empiirisessä tutkimuksessa on oleellista, että tutkittavasta kohteesta on ennakkokäsitys (Rauhala 2005, 12). Teerijoen (2008) pro gradu –tutkielman ja Leinosen (2002) väitöskirjan tulokset osoittavat potilaiden olevan pääosin tyytyväisiä saamaansa hoitoon leikkausosastolla. Oletamme aiempien tutkimusten perusteella, että potilaiden kokemukset ovat pääasiallisesti myönteisiä. Rajaamme kyselyn kohteeksi elektiiviset puudutuksessa leikkattavat potilaat. Puu-

dutuspotilaat ovat leikkauksen aikana pääosin hereillä, joten heidän huomioimisensa on merkityksellistä potilaan turvallisuudentunteen kannalta.

2 POTILAAN KOKEMUKSET PERIOPERATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ

Opinnäytetyössä selvitämme potilaiden kokemuksia leikkausosastolla oloajasta. Potilas havainnoi leikkausosastolla asioita, jotka vaikuttavat siihen millaisena hän kokee hoitoympäristönsä ja siihen liittyvät tekijät. Potilaan turvallisuuden kokemus on tärkeä tekijä hänen hyvinvointinsa kannalta. Potilaan turvallisuudentunnetta luovat muun muassa luottamus palvelujärjestelmään, hyvään hoitoon ja huolenpitoon (Ryynänen 2000, 55). Leikkausosaston hoitohenkilökunnalla on merkittävä rooli saada potilas tuntemaan olonsa turvalliseksi.

2.1 Perioperatiivinen hoitotyö

Perioperatiivisella hoitotyöllä tarkoitetaan pre-, intra- ja postoperatiivista hoitoa (Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006, 460). Työssämme perioperatiivisella hoidolla tarkoitetaan vain leikkausosastolla tapahtuvaa hoitotyötä, joka sisältää sekä leikkaussali- että heräämöhoidon. Työssämme preoperatiivisen vaiheen alkamisella tarkoitetaan tilannetta, kun potilas otetaan vastaan leikkausosastolle. Vastaanottava leikkausosaston hoitaja huomioi potilaan kokonaisvaltaisesti ja luo hänelle mahdollisimman miellyttävän ja turvallisen hoitoympäristön. Potilaan turvallisuutta lisää hoitohenkilökunnan ammattitaitoinen toiminta sekä ihmisläheinen suhtautuminen häneen (Iivanainen ym. 2006, 473).

Intraoperatiivinen hoitovaihe sisältää toimenpiteet, jotka tapahtuvat sen jälkeen kun potilas on siirretty leikkauspöydälle ja vaihe loppuu, kun potilas on siirretty heräämööseen. Leikkauksen aikana elintoimintoja tarkkaillaan havainnoimalla sekä monitorien avulla. Kun leikkaus on saatu loppuun, anestesia lopetetaan ja potilas siirretään heräämööseen. (Panelius & Varisto 1995, 79 - 110.)

Potilaan elintoimintojen tarkkailun lisäksi etenkin hereillä olevalta potilaalta kysellään hänen tuntemuksiaan, vointiaan ja toiveitaan. Sairaanhoitaja antaa tietoa potilaalle hänelle tehtävistä hoitotoimista sekä neuvoo, ohjaa ja rohkaisee potilasta. Näin potilaalle saadaan mahdollisimman miellyttävä kokemus leikkauksessa oloajastaan, koska hän on tasavertainen hoitoonsa osallistuja. (Iivanainen ym. 2006, 476.)

Postoperatiivinen vaihe alkaa, kun potilas siirretään leikkaussalista heräämöhön, joka sijaitsee leikkausosaston yhteydessä. Heräämössä potilas toipuu anestesiasta ja häntä hoidetaan kunnes vitaalinelintoiminnot, eli hengitys ja verenkierto, ovat vakaat. Heräämössäoloaika vaihtelee riippuen leikkauksen ja anestesian laajuudesta ja kulusta. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 359 - 360.)

Puudutuksella tarkoitetaan anestesiamenetelmää, jossa potilaalta puudutetaan toimenpiteen vaatima alue elimistöstä. Puudutusmenetelmiä ovat pinta-, paikallis-, johto-, laskimo-, spinaali- ja epiduraalipuudutus. (Lukkari ym. 2007, 271.) Kaikki puudutuspotilaat eivät ole hereillä koko leikkauksen ajan, mutta potilaan ohjaaminen jatkuu kuitenkin koko ajan, sillä kuuloaisti säilyy pisimpään ennen nukahtamista. Mahdolliset esilääkkeet voivat vaikuttaa potilaan muistiin ja tämä on huomioitava hänen ohjaamisessaan. (Lukkari ym. 2007, 239.)

Leikkausosaston henkilökuntaan kuuluvia työntekijöitä ovat instrumentoiva hoitaja, anestesiahoitaja, valvova hoitaja, heräämöhoitaja, lääkintävahtimestari, anestesia lääkäri ja kirurgi. Jokaisella on määrätty tehtävä leikkauksen aikana. Instrumentoiva hoitaja varaa välineet leikkaukseen, avustaa kirurgia sekä huolehtii turvallisuuden ja aseptiikan toteutumisesta leikkauksen aikana. Valvovan hoitajan toimenkuvaan kuuluu huolehtia osaltaan potilaan turvallisuudesta sekä seurata leikkauksen kulkua ja avustaa tarvittaessa salin muuta henkilökuntaa. Hänen tehtävänä on myös tarkkailla leikkausryhmän steriilinä pysymistä. Anestesiahoitaja valmistele potilaan anestesiaa varten ja hoitaa sekä tarkkailee potilasta yhdessä anestesia lääkärin kanssa toimenpiteen aikana ja huolehtii kirjaamisesta anestesiakaavakkeelle. Anestesiahoitaja myös siirtää potilaan heräämöhön. Heräämöhoitaja huolehtii potilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta heräämössä. Lääkintävahtimestari vastaa leikkausosaston teknisestä toimivuudesta sekä auttaa leikkaustiimiä tarvittaessa. (Lukkari ym. 2007, 354; Kirurgian klinikan oppimisympäristö, leikkausosasto 2008.) Anestesia lääkäri nukuttaa tai puuduttaa potilaan. Kirurgi tulee paikalle, kun kaikki tarvittavat esivalmistelut on tehty ja leikkaus voidaan aloittaa.

Elektiivisellä leikkauspotilaalla tarkoitetaan suunniteltuun leikkaukseen tulevaa henkilöä. Elektiivistä leikkausta suunniteltaessa kartoitetaan potilaan terveydentila ja aiemmat leikkaukset. Potilaille annetaan suulliset ja kirjalliset ohjeet, kuinka toimia ennen leikkaukseen tuloa. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004, 59.)

Elektiivisissä leikkauksissa potilaalla on mahdollisuus valmistautua tulevaan toimenpiteeseen. Hän saa tietoa tulevasta leikkauksesta ja valmistautumisohjeet. (Lukkari ym. 2007, 25.) Elektiiviseen leikkaukseen tulevilla henkilöillä on myös aikaa järjestää oma elämänsä siten, että heillä on mahdollisuus toipua leikkauksesta rauhassa. Esimerkiksi perhe- ja työelämän hyvä suunnittelu voi vähentää stressiä ja helpottaa toipumista.

2.2 Potilaan kokemus

Hoitotieteessä vallitsee holistinen eli kokonaisvaltainen ihmiskäsitys. Ihmisen olemassaolon perusmuodot jaetaan kolmeen osaan, jotka ovat tajunnallisuus, kehollisuus ja situationaalisuus. Tajunnallisuudella tarkoitetaan sitä kaikkea, mitä ihminen kokee ja jota hän mielen avulla ymmärtää. Kehollisuus puolestaan tarkoittaa aineellista, ”käsini” kosketeltavaa sekä elävää kehoa. Ihmisen kietoutuneisuus todellisuuden kautta omaan elämäntilanteeseensa on situationaalisuutta. (Rauhala 2005, 32 - 41.)

Perttulan (2008, 116 - 117) mukaan tajunnallisuus, situationaalisuus ja kehollisuus ovat oleellinen osa ihmisen kokemuksen pohdintaa. Kokemuksen tutkimuksen perustana on siis ihmiskäsitys. Laine (2007, 29) määrittelee kokemuksen käsitteen ”ihmisen kokemuksellisenä suhteena omaan todellisuuteensa, maailmaan, jossa hän elää”. Elämisellä tarkoitetaan koettujen asioiden ja tapahtumien ymmärtämistä sekä ihmisen toimintaa ja ympäristön havainnointia. Kokemus syntyy silloin, kun ihminen on vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Kokemus itsessään muodostuu merkityksistä, joiden valossa ihminen näkee ympäristönsä. Nämä merkitykset eivät ole ihmisessä synnynnäisenä vaan ne tulevat yhteisön esimerkkien ja kasvatuksen myötä. Jokainen ihminen on jonkin yhteisön jäsen, joten tutkittaessa yksittäisen ihmisen kokemusta vastaus paljastaa myös jotain yleistä. Toisaalta on muistettava, että jokainen ihminen on erilainen. (Laine 2007, 28 - 31.)

Potilas kokee ja havainnoi häneen kohdistuvaa hoitoa sekä leikkausosastoa ja sen toimintaa omasta näkökulmastaan. Kokemukset ovat yksilöllisiä ja niihin vaikuttavat taustatekijät, joita ovat elämäntilanne, fyysiset tuntemukset, tieto ja muistikuvat. Myös tunteet ovat kokemuksia ja ne ilmentävät ihmisen suhdetta aiheeseen ensimmäisenä ja välittömänä. Kokemusta tutkit-

taessa tulisi ottaa myös huomioon tutkittavan elämäntilanne kokonaisuutena ja sen vaikutus kokemukseen (Perttula 2008, 117, 124, 139).

Opinnäytetyössämme potilaan leikkausosastolla kokemilla tunteilla on merkitystä hänen pohtiessaan omia kokemuksiaan jälkeenpäin. Mattilan (2001, 68 - 69) mukaan potilaan kokemus välittämisestä muodostuu turvallisuudesta, todesta ottamisesta, ennakoivasta välittämisestä ja tekemisestä välittämisen osoittamisena. Tällainen kokemus tulee potilaalle kun hoitaja paneutuu hänen hoitoonsa kokonaisvaltaisesti. Hoitajan fyysinen läheisyys, turvallinen työskentely, tavoitettavuus sekä potilaan ilmaisun vapaus tuovat potilaalle turvallisuuden kokemuksen. Todesta ottaminen tarkoittaa potilaan toiveiden ja vaivojen huomioonottoa. Välittäminen välittyy potilaalle hoitohenkilökunnan palvelualltiutena, tarpeiden huomiointina sekä avun antona.

Tutkittaessa kokemusta on tutkijan kiinnostuttava toisen kokemuksesta ja siitä, millaista kokemusta halutaan tutkia. Tämän jälkeen tutkijan on etsittävä sellaisia ihmisiä, joista hän on aiheensa mukaan kiinnostunut. Oleellista on, että kyseinen ihmisjoukko on halukas kuvaamaan omaa kokemustaan tutkijalle. On eettisesti oikein, että tutkija kertoo valitsemalleen joukolle miksi juuri heidän kokemuksensa ovat tutkimisen arvoisia. (Perttula 2008, 136 - 137.)

Tutkimuksen laajuuden kannalta on mahdollista keskittyä tutkimaan vain tietyn elämäntilanteen tiettyä kokemusta. Tällöin tutkijan on ymmärrettävä, ettei tutkittava kokemus tarkoita enää ihmisen elämää ja kokemusta kokonaisuutena. Jotta kokemuksia olisi mahdollista tutkia empiirisesti, on tutkimukseen osallistuvien kuvattava kokemuksiaan jollain tavalla. Tutkija on kiinnostunut nimenomaan kokemuksista, eikä niinkään niiden ilmaisumuodoista. Tämän vuoksi tutkijan on mahdollista käyttää mitä tahansa parhaaksi katsomaansa tapaa hankkia empiiristä tutkimusaineistoa. (Perttula 2008, 139 - 140.)

2.3 Potilastyytyväisyys

Potilastyytyväisyydellä tarkoitetaan potilaan kokemuksia saamastaan hoidosta, jolloin potilas arvioi sitä omiin lähtökohtiinsa ja odotuksiinsa perustuen. Kokemuksia on mitattu erilaisilla

mittareilla, joilla on pyritty selvittämään potilaiden tyytyväisyyden määrää. Muun muassa Töyry (2001, 75 - 77) on tutkinut hyvän hoidon toteutumista potilaan näkökulmasta kehittämällään Ihmisläheinen hoito -mittarilla. Tutkimustuloksissa selvisi, että potilaat arvioivat hoidon ihmisläheisyyden pääosin onnistuneen.

Hoitoon kohdistuvat ennako-odotukset sekä hoidon aikaiset kokemukset vaikuttavat potilaiden tyytyväisyyteen (Vuori 1993, 66). Potilaiden tyytyväisyys voi osoittaa hoidon hyvää laatua ja sitä voidaan pitää edellytyksenä sille, että hoidon tavoitteet saavutetaan (Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1992, 25). Potilaan tyytyväisyys on subjektiivista sekä potilaan että hoitajan näkökulmasta. Varsinkin pitkäaikaista tyytyväisyyttä on vaikea mitata, koska tyytyväisyys on monimutkainen tunne ja se voi muuttua nopeastikin. (O'Malley 1997, 7.) Subjektiivisuudesta huolimatta potilaan mielipiteet ovat todellisia ja Vuoren (1993, 68) mukaan potilaiden tyytyväisyyden mittaaminen mittaa välillisesti myös hoidon laadun muita osia.

Kinnunen, Kvist ja Vehviläinen-Julkunen (2005) Kuopion yliopistosta ovat tutkineet hoidon laatua ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Laatua voidaan määritellä monin tavoin. Hoitotyössä on useita tekijöitä, jotka yhdessä muodostavat laadukkaan hoidon. Näitä ovat Vuoren (1993, 17 - 18) mukaan hoidon vaikuttavuus, tehokkuus, riittävyys, saavutettavuus, hyväksyttyvyys sekä tieto-aidon soveltaminen.

Kinnusen ym. (2005, 108) tutkimuksessa hoidon laatua ovat kyselylomakkeen avulla arvioineet potilaat, hoitohenkilökunta, lääkärit ja johtajat. Hoidon laatu koettiin niin potilaiden kuin hoitohenkilökunnankin mukaan parhaana tunne-elämän osa-alueella. Huonoimmaksi osa-alueeksi hoidon laadussa potilaat arvioivat yksityisyyden ja arvostuksen osa-alueet sekä hoitoon osallistumisen ja tiedonsaannin. Pääsääntöisesti potilaat arvioivat hoidon laadun paremmaksi kuin hoitohenkilökunta, lääkärit ja johtajat.

Vuodeosastojen hoitohenkilökunta piti tärkeimpänä hoidon laatua edistävänä tekijänä omia henkilökohtaisia voimavaroja kun taas poliklinikoiden hoitohenkilökunta vastaavasti ammattitaidon ylläpitoa. Kiireetön työilmapiiri mainittiin edistäväksi tekijäksi noin joka kymmenennessä vastauksessa molemmissa työyksiköissä. Esille nousivat myös ammattitaito ja eettiset asiat. Hoidon laatua estävinä tekijöinä nousi ylivoimaisesti eniten esille lähes koko henkilöstön arvioimana kiire ja riittämätön henkilökunta. (Kinnunen ym. 2005, 112 - 113.)

Potilastyytyväisyyttä on tutkittu Suomessa perioperatiivisen hoidon näkökulmasta. Turun yliopistossa työskentelevä Leino-Kilpi on julkaissut useita tutkimuksia ja teoksia, jotka liittyvät potilastyytyväisyyteen, laadun kehittämiseen, hoitotyön etiikkaan sekä hoitotyön opettamiseen (Helena Leino-Kilven julkaisut 2009). Aikaisemmissa tutkimuksissa on selvinnyt, että potilaat ovat olleet pääosin tyytyväisiä saamaansa hoitoon leikkausosastolla (Kurki 2007, Teerijoki 2008).

Leinonen (2002, 59 - 60) on tutkinut väitöskirjassaan potilaiden kokemuksia perioperatiivisesta hoidosta. Hänen mukaansa potilaat, joilla oli selkeät muistikuvat leikkausosastolla oloajasta, olivat tyytyväisempiä hoitoonsa, kuin ne joilla muistikuvat olivat epäselviä tai niitä ei ollut. Potilaat, joilla oli kipuja leikkausosastolle tullessa, olivat tyytyväisempiä hoitoonsa kuin lievistä kivusta kärsivät tai kivuttomat potilaat. Kuitenkaan potilaat, jotka kärsivät kivusta koko osastolla olon ajan, eivät olleet yhtä tyytyväisiä hoitajien toimintaan ja kunnioitukseen potilaita kohtaan sekä fyysiseen ympäristöön.

2.4 Potilaan turvallisuudentunne

Maslow määrittelee turvallisuuden yhdeksi ihmisen perustarpeeksi. Tämän teorian mukaan turvallisuudentunne on tärkein tarve fysiologisten tarpeiden jälkeen. (Maslow 1998, 18 - 19.) Ihminen pysyttelee elämässään mielellään tutuissa ja turvallisissa piireissä, mutta hyvä perusturvallisuus auttaa selviytymään vieraissa ja hankalan tuntuissakin tilanteissa (Janhonen ym. 1993, 131 - 133).

Potilaan turvallisuudentunne muodostuu sisäisestä, ulkoisesta sekä ihmisten välisestä turvallisuudesta (Hankela 1999, 70 - 71). Kurjen (2007, 65) mukaan puudutuspotilaat kokevat pelkoa yleisesti sairaalahoitoa, heräämössä pärjäämistä sekä leikkauksesta toipumista kohtaan. Potilasta saattaa pelottaa leikkauksen ja anestesian epäonnistuminen, kipu ja jopa kuolema (Hankela 1999, 68).

Sisäisen turvallisuuden saavuttaakseen potilaat käyttävät erilaisia selviytymiskeinoja. Näitä keinoja ovat esimerkiksi luottamus hoitohenkilökunnan ammattitaitoon, kiitollisuus, usko, alistuminen sekä toivo paremmasta elämästä leikkauksen myötä. (Hankela 1999, 68.) Rynnä-

sen (2000, 55) mukaan ”voidaan puhua omatoimisuuden, itsenäisyyden ja turvautumisen - autettavaksi ja hoidettavaksi suostumisen - tasapainosta”.

Ulkoiseen turvallisuuteen liittyvät itsemääräämisoikeus ja hoitoympäristö. Turvallisuuden tunnetta lisää potilaan riittävä tiedonsaanti koko hoitoprosessin ajan ja tätä kautta mahdollisuus osallistua päätöstentekoon sekä omaan hoitoonsa. (Hankela 1999, 68.) Sairaanhoidajan eettisten ohjeiden mukaan hoitajan tehtävänä on kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta sekä mahdollistaa tämän osallistuminen omaa hoitoansa koskeviin päätöksiin (Sairaanhoidajan eettiset ohjeet 1996). Hoitoympäristön ilmapiiri, ihmiset, äänet sekä fyysinen ympäristö ja välineistö vaikuttavat potilaan kokemaan turvallisuuteen. Potilaille ei välttämättä ole tietoa välineistöstä, ja epätieto aiheuttaa turvattomuutta. Fyysinen ympäristö kaikkine laitteineen voi aiheuttaa pelkoa. Hankelan (1999, 59) tutkimuksessa positiivisiksi asioiksi ympäristössä koettiin vaaleus, vihreä väri, puhtaus sekä steriiliys. Negatiivisia seikkoja taas olivat hajut, kolkkous sekä viileys ja kylmyys.

Sairaanhoidajan tulee antaa potilaalle toimenpiteen aikana emotionaalista, informatiivista, kognitiivista sekä instrumentaalista tukea. Tämä auttaa potilasta selviytymään leikkaustilanteesta. Hoitajan kunnioittava, yksilöllinen, kiireetön, kohtelias käyttäytyminen herättää luottamusta. Potilasta rauhoittaa hoitajan jatkuva läsnäolo sekä huolehtiminen potilaan tarpeista. Potilas tarvitsee tarpeeksi tietoa toimenpiteestä pärjätäkseen leikkauksen ajan. Instrumentaalinen tuki muodostuu hoitajan tarkkailutehtävistä sekä toimenpiteen aikaisista teknisistä toiminnoista, kuten anestesiakoneen käyttämisestä ja komplikaatioiden hoitamisesta. Jotta potilaan luottamus hoitajaa kohtaan herää ja säilyy koko toimenpiteen ajan, on hoitajan toimittava rauhallisesti ja ammattitaitoisesti. (Hankela 1999, 69 - 74, 91.)

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan sitä, että potilas saa oikean hoidon eikä siitä aiheudu hänelle ylimääräistä haittaa. Potilaan näkökulmasta turvallisuus muodostuu puolestaan tiedosta sekä tunteesta, että on turvallista olla hoidettavana. Tähän tunteeseen vaikuttaa luottamus terveydenhuollon ammattilaisiin ja heidän osaamiseensa. Potilas kokee olonsa turvalliseksi kun hänellä on tietoa häntä hoitavasta yksiköstä ja organisaatiosta. Samoin tieto potilaan omasta sairaudesta ja hoidoista on tärkeä tuoda selkeästi ja mitään salaamatta esille potilaalle itselleen. Leikkausta edeltävä tiedottaminen potilaalle tulevasta toimenpiteestä lisää hänen orientoitumistaan tulevaan ja lisää elämänhallinnan tunnetta. Omat, mutta myös muiden,

huonot kokemukset saattavat vähentää potilaan turvallisuudentunnetta, jolloin terveydenhuollon ammattilaisen on pyrittävä mahdollisuuksien mukaan saamaan potilaan olo hoitoon luottavaiseksi. (Leino-Kilpi 2009, 175 - 177.)

Mattila (2001, 60 - 61) käsittelee väitöskirjassaan potilaan ja hoitajan välisiä vuorovaikutussuhteita. Tutkimusaineistonsa hän on kerännyt kolmella eri sisätauti- ja kirurgisella osastolla haastattelemalla ja havainnoimalla potilaita sekä hoitajia. Tutkimustuloksissa selviää potilaan ja hoitajan ensikohtaamisen myönteisyyden tärkeys koko hoitoprosessille. Myönteistä kuvaa potilaalle antoi tervetulleeksi kokeminen hoitopaikkaan, onnistunut tulohaastattelu, hoitajan keskittyminen sekä avoimuus ja aitous. Hoitajan läheisyys sekä rohkaisu potilasta nostamaan mieltä askarruttavia asioita esille lisäsivät myös potilaan turvallisuutta tulevaa hoitojaksoa kohtaan.

Oulun yliopistossa tehdyn tutkimuksen mukaan iäkkäät potilaat olivat pääosin tyytyväisiä hoitohenkilökunnan tiedollisiin ja taidollisiin valmiuksiin ohjaustilanteessa mutta kaipasivat ohjaukseen lisää yksilöllisyyttä (Backman, Isola, Kääriäinen, Kyngäs ja Saarnio 2006, 56). Sairaanhoidajan tulisi pitää potilas ajan tasalla tapahtumista ja huomioida potilaan yksilöllinen tiedonhalu. Kääriäisen, Kynkään, Torpan ja Ukkolan (2005, 8) mukaan hoitohenkilöstön potilasohjausvalmiudet eli tieto, taito ja asenne olivat pääosin hyvät.

Leinonen (2002, 59 - 60) toteaa väitöskirjassaan, että kriittisempiä vastauksia tyytyväisyyskyselyssä antoivat 16 - 30 -vuotiaat potilaat. Pelko lisäsi potilaiden tyytymättömyyttä. Potilaat, jotka tiesivät ennestään anestesiasta ja toimenpiteestä olivat tyytyväisempiä kuin he, joilla ei ollut tietoutta. Kurjen (2007, 65) mukaan yksi leikkauspelkoa herättävä tekijä oli toisten ihmisten kertomat ikävät sairaalakokemukset kun taas potilaan aiemmat leikkauskokemukset lievittivät pelkoa.

Potilaan psyykinen tukeminen on tärkeää hänen turvallisuudentunteensa luomiseksi. Potilasta tuetaan siten, että huomioidaan hänen yksilölliset piirteensä ja aiemmat leikkauskokemuksensa. Psykkisellä tukemisella pyritään siihen, että potilas säilyttää koko hoidon ajan itsensä ja tilanteen hallinnan tunteen. Tilanteen hallinta edesauttaa potilaan jaksamista, kestämistä ja pärjäämistä leikkausosastohoidon sekä myös leikkauksen jälkeisen hoidon aikana. (Hankela 1999, 101.)

Tilanteen hallinta liittyy elämänhallintaan. Elämänhallinnalla tarkoitetaan ihmisen uskoa siihen, että hän pystyy omilla valinnoillaan ohjaamaan omaa elämäänsä ja hallitsemaan sitä päätöksillään. Elämää hallitseva ihminen asettaa tavoitteita ja päämääriä itselleen. Ihminen hallitsee omaa elämäänsä, kun hän ajattelee voivansa vaikuttaa siihen mitä hänelle tapahtuu. Huono elämänhallinta puolestaan tarkoittaa uskoa siihen, että elämän tapahtumat ovat sattumaa eivätkä seurausta omasta toiminnasta. (Keltinkangas-Järvinen 2008, 255 - 256.)

Ihmisen elämänhallinta voi joutua koetukselle sairauden myötä. Heikentynyt terveydentila saattaa johtaa siihen, että ihminen kokee itsensä turvattomaksi ja eikä enää usko hallitsevansa oman elämänsä tilanteiden muutoksia (Pietilä 1994, 23). Sairaanhoidajan tulee tukea potilaan elämänhallinnan tunnetta ja osata ottaa huomioon jokaisen potilaan henkilökohtaiset voimavarat, jotta potilas tuntisi olonsa mahdollisimman turvallisiksi (Sairaanhoidajan eettiset ohjeet 1996).

Ryynänen (2005, 83, 87) tuo esille väitöskirjassaan sairastamisen olevan uhka turvallisuudelle, koko olemassaololle, elämän sujuvuudelle ja ennustettavuudelle. Hän toteaa myös, että sairauden henkilökohtaiseen kokemiseen vaikuttavat ihmisen elämäntilanne, ikä, sukupuoli ja persoonallisuus. Edellisistä sairastamisen kokemuksessa näkyvät selvästi ikä ja elämänvaihe.

Suurta turvattomuutta kokevat etenkin nuoret aikuiset, joille sairastuminen on uhka tärkeille asioille elämässä. Heillä ei välttämättä ole muuta kokemusta sairastamisesta, kuin esimerkiksi isovanhempien kautta. Hyvin sairaat ja eläkeläiset kokevat myös suurta turvattomuutta, koska pelko oman toimintakyvyn menettämisestä ja joutumisesta riippuvaiseksi toisista on huomattava. Hallittavaa turvattomuuden tunnetta kokevat pitkäaikaissairaat ja jotain perussairautta sairastavat ihmiset, jotka ovat huolissaan sairautensa hallinnasta. Monesti näillä ihmisillä sairaudesta on tullut osa arkipäivää. Vähäisintä turvattomuutta tuntevat ovat usein varhaiskeski-ikäisiä, joilla on huoli perheen toimeentulosta, mutta myös luottamusta asioiden järjestyseen. Eläkeikää lähestyvät, lähes terveet tai yksittäisiä sairauskokemuksia omaavat ihmiset kokevat myös vähän turvattomuutta. Turvallisuutta lisäävä tekijä sairauden tai sen uhkan keskellä on riittävän sosiaalinen elämä, joka antaa voimavaroja elämiseen. (Ryynänen 2005, 88.)

Hankelan (1999, 64 - 65, 81) tutkimukseen osallistuneet potilaat tiesivät, että leikkauksen aikana on mahdollista kuunnella musiikkia. Potilaat kokivat musiikin kuuntelun keventävän tunnelmaa sekä helpottavan selviytymistä ja rentoutumista leikkauksen aikana. Osa potilaista haluaa kuitenkin tietää ja kuulla, mitä salissa tapahtuu.

Musiikin vaikutuksia toipumiseen on tutkittu myös nukutetuilla potilailla ja tutkimuksessa todettiin, että leikkauksen aikana musiikkia kuunnelleet potilaat kokivat vähemmän kipua leikkausta seuraavana päivänä, kuin vertailuryhmän potilaat. Lisäksi musiikkia kuunnelleet pääsivät sängystä viisi tuntia aiemmin ylös, kuin vertailuryhmä. Myös väsymys oli lievempää musiikkiryhmällä. Musiikki voi vähentää lihasjännitystä ja kipuja. Sitä voidaankin käyttää lääkkeiden ohessa kivunlievittämisessä. (Lassila-Latikka 2003, 21 - 22.)

3 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA

Jokaisella tutkimuksella on tarkoitus, joka ohjaa tekijän valintoja tutkimuksen eri vaiheissa. Tutkimuksen tarkoituksena voi olla kartoittaa, selittää, kuvailla tai ennustaa ilmiöitä. Edellä mainittuja tarkoituksia voi olla myös useita. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 131 - 132.) Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää elektiivisten puudutusleikkauspotilaiden kokemuksia leikkausosastolla oloajastaan. Selvitämme potilaiden kokemuksia kyselylomakkeella, jonka pohjaksi olemme valinneet valmiin mittarin.

Ennen työhön ryhtymistä selkiytetään ja perustellaan opinnäytetyön tavoite siten, että yhteys tarkoitukseen on nähtävissä (Kyrö 2004, 14). Opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa tietoa Kainuun keskussairaalan leikkausosaston hoitajille potilaiden kokemuksista leikkausosastolla oloajastaan. Koska hoitajalla on merkittävä rooli potilaan turvallisuudentunteen muodostumisessa, on tärkeää selvittää potilaiden kokemuksia leikkausosastolla oloajastaan. Leikkausosaston henkilökunta voi halutessaan käyttää tuloksia kehittäessään omaa toimintaansa yhä potilaslähtöisemmäksi.

Ennen kuin ryhdytään keräämään aineistoa, on työn luotettavuuden kannalta tärkeää, että tutkimusongelma on tarkkaan harkittu ja selkeästi muotoiltu (Hirsjärvi 2008, 121). Tutkimusongelman muotoilu on onnistunut, kun vastaukset ovat kuvaavia, selittäviä ja uutta tietoa antavia (Metsämuuronen 2003, 9).

Tutkimusongelma on, millaisia kokemuksia elektiivisillä puudutusleikkauspotilailla on leikkausosastolla oloajastaan?

4 TUTKIMUSMENETELMÄ

Ennen empiiristä osuutta täytyy muiden aiheeseen liittyvien teoriataustan lisäksi selvittää teoriatausta ihmisen perusolemuksesta ja kokemuksen rakenteesta (Perttula 2008, 133 - 134). Opinnäytetyömme oli empiirinen eli ihmisen kokemuksiin perustuva tutkimus. Tutkimusaiheemme oli potilaan kokemukset, josta keräsimme tietoa kyselylomakkeen avulla. Kyselyn vastaukset olivat tutkimusaineistomme. Opinnäytetyömme oli kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus.

4.1 Määrällinen tutkimus

Määrällisen eli kvantitatiivisen tutkimuksen ominaispiirteitä ovat mittaaminen, tiedon esittäminen numeroilla, objektiivisuus sekä tiedon strukturointi. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetään mittaria, jonka avulla saadaan määrällinen tieto. Mittareita ovat kysely-, haastattelu- ja havainnointilomakkeet. Kyselyjen kysymykset muodostetaan niin, että jokainen vastaaja ymmärtää ne samalla tavalla. (Vilkkä 2007, 13 - 17.) Omassa työssämme käytimme strukturoitua kyselylomaketta, jossa oli kolme puoliavoimaa kysymystä sekä vapaan sanan kohta.

Kyselylomakkeen muoto vaihtelee sen tarkoituksen mukaan. Tutkija voi itse esimerkiksi olla mukana aineistonkeruussa niin sanottuna valvojana. Vaihtoehtona on myös, että vastaaja itsenäisesti täyttää kyselylomakkeen annettujen ohjeiden mukaisesti (Valli 2010, 103.) Opinnäytetyömme kohderyhmään kuuluvat vastaajat täyttivät kyselylomakkeen itsenäisesti, koska he saivat lomakkeen eri aikoihin eli oman toimenpiteensä jälkeen vuodeosastolla.

Kyselyt tunnetaan survey-tutkimusten tärkeänä menetelmänä, joiden avulla voidaan kerätä laaja analysoitava aineisto. Hyvä puoli kyselyissä on myös se, että tulokset voidaan nopeasti syöttää tietokoneelle. Huonona puolena pidetään sitä, että ei voida varmistua vastaajien huolellisuudesta ja rehellisyydestä kun he vastaavat kysymyksiin. Myös kato voi nousta suureksi. (Hirsjärvi ym. 2008, 188 - 190).

4.2 Menetelmänä kysely

Keräsimme tietoa kyselyllä (Liite 1), jonka kohderyhmänä olivat elektiiviset puudutuksessa leikatut täysi-ikäiset potilaat, jotka menivät jatkohoitoon Kainuun keskussairaalan vuodeosastoille 6 tai 7. Toteutimme kyselyn Kainuun keskussairaalan kirurgisilla vuodeosastoilla 6 ja 7, joten päiväkirurgiset leikkauspotilaat sekä muiden osastojen leikkauspotilaat jäivät kyselyn ulkopuolelle osastosijoittelun perusteella.

Kysymysten huolellinen luonti ja muotoilu tutkimusta varten on tärkeää. Ne luovat perustan sille, että kysely onnistuu ja vastauksia voidaan tulkita luotettavasti. Sanojen on oltava yksiselitteisiä ja selkeitä. Kysymykset eivät myöskään saa olla johdattelevia. Vallin (2010, 105) mukaan vastaajan motivaatio täyttää kyselylomaketta lisääntyä alussa, kun taas kyselyn loppuvaiheessa se laskee. Kyselyn keskivaiheilla motivaatiota on eniten. Kyselylomake aloitetaan yleensä taustakysymyksistä, joita ovat muun muassa ikä ja sukupuoli. Helppoilla kysymyksillä vastaajan mielenkiinto herää ja hänet johdatetaan varsinaiseen kyselyyn. Kyselyn keskivaiheella on järkevää kysyä tärkeimmät ja keskeisimmät kysymykset ja jättää lopuksi muutama helppo kysymys. Tällöin vastaajan mielenkiinto pysyy yllä mahdollisimman pitkään ja mahdollisimman hyvänä. (Valli 2010, 103 - 106).

Vastamäki (2010, 134 - 135) sekä Metsämuuronen (2009, 67) tuovat esille näkökulmia valmiin mittarin eli kyselylomakkeen käytöstä: valmis mittari on hyväksi havaittu sekä nopeasti käyttövalmis. Myös aikaisempia mittarilla saatuja tutkimustuloksia voi hyödyntää tarkasteltaessa tutkimustuloksia ja mittarin luotettavuutta. Valmiin mittarin käytössä on kuitenkin huomioitava aikaisemmat tutkimukset ja se, kuinka mittari on toiminut niissä.

Leinonen (2002) on kehittänyt yhteistyössä Leino-Kilven kanssa Hyvä perioperatiivinen hoito –mittarin. Pohjana he käyttivät Hyvä hoito –mittaria (Leino-Kilpi, Walta, Helenius, Vuorenheimo & Välimäki 1994). Pyysimme heiltä sähköpostitse lupaa käyttää ja muokata mittaria puudutuksessa tapahtuvan leikkauksen tapahtumia vastaavaksi kyselyksi. Molemmat myönsivät luvan (Liite 2). Käytimme pohjana mittarin uusinta versiota vuodelta 2008. Tekijät lähettivät sen meille, kun he vastasivat lupapyyntöömme sähköpostitse.

Alkuperäisessä vuoden 2008 kyselyssä kysyttiin potilaan leikkausosastolle saapumisen vuorokaudenaikaa, millä TYKS:n leikkausosastolla leikkaus suoritettiin, oliko leikkaus suunniteltu, päivystys- vai päiväkirurginen leikkaus, tehtiinkö leikkaus nukutuksessa vai puudutuksessa, potilaan tarkka ikä sekä ylin koulutus. Lisäksi kysyttiin, tapasiko potilas ennen leikkausta kirurgin, anestesia lääkäriin ja leikkausosaston sairaanhoitajan.

Hyvä perioperatiivinen hoito -mittarista muuntamamme kyselyn ensimmäiset kysymykset koskivat halua kuunnella musiikkia sekä musiikin kuuntelun mahdollisuutta leikkauksen aikana, muistamista leikkausosastojasta sekä leikkausosastolle tultaessa olevat tuntemukset ja tieto. Kyselyn alussa kysyimme sukupuolta sekä ikää ikäluokilla. Vehkalahden (2008, 24 - 25) mukaan ikä on sellainen asia, jota ei tule kysyä ihmisiltä suoraan, joten karkeat ikäluokat ovat parempi ratkaisu. Anonymiteetti säilyy paremmin, koska tarkka ikä ei paljastu. Kyselylomakkeen lopussa oli vapaa sana -kohta, johon potilas voi halutessaan kirjoittaa muun muassa mielipiteitään, terveisiään ja kehittämisehdotuksiaan leikkausosaston hoitohenkilökunnalle.

Kyselymme varsinaisia kysymysaiheita potilaan kokemuksista leikkausosastohoidon aikana olivat potilaan fyysinen huolenpito, tiedonanto, psyykinen tukeminen, huomiointi ja leikkausosaston ilmapiiri. Fyysinen huolenpito -osa-alueen väittämät koskivat potilaan kivun ja lämpötilan huomiointia, odotusta ja vastaanottoa leikkausosastolle sekä potilaan mielipidettä leikkausosaston henkilökunnan ammattitaidosta. Lisäksi potilas arvioi leikkauksen ja puudutuksen onnistumista. Tiedonantoa koskevat väittämät selvittivät hoitohenkilökunnan, kirurgin ja anestesia lääkäriin tiedonantoa potilaalle leikkaussalissa ja heräämössä. Psyykinen tukeminen - ja huomiointi -osa-alueilla selvitimme potilaan kokemuksia rohkaisusta, tukemisesta ja jännittämisen huomioinnista leikkausosastolla. Väittämät koskivat myös potilaan kunnioittavaa kohtelua ja hänen huomioimistaan tasavertaisena hoitoonsa osallistujana. Potilaalta tiedusteltiin lisäksi kokemusta leikkausosaston henkilökunnan ystävällisyydestä, yhteistyötaidoista ja ajanannosta potilaalle. Leikkausosaston ilmapiiri -osa-alueella väittämät koskivat leikkausosaston rauhallisuutta, kiireettömyyttä ja leppoisuutta sekä siirtoa takaisin vuodeosastolle. Yksi väittäjä selvitti, oliko potilas tuntenut olonsa turvalliseksi leikkausosastolla oloaikanaan.

Varsinaisista väittämistä muokkasimme sanamuotoja omaan tarkoitukseemme sopiviksi poistamalla useasta kohdasta sanan ”nukutus”. Lisäksi ohjaajilta saamamme palautteen perusteella poistimme kokonaan väittämän ”leikkausosaston henkilökunta oli huumorintajuista”. Mie-

lestämme potilaiden olisi ollut vaikea arvioida asiaa. Siirsimme väittämän, joka koski leikkausosastolle pääsyn odottamista, kyselyn lopusta alkuun jotta kysymykset olisivat aikajärjestyksen kannalta mahdollisimman loogisesti. Alkuperäisen vuoden 2008 kyselyn lopussa oli kolme avointa kysymystä: mikä leikkausosastolla oli parasta, mikä huonointa ja viimeisenä vapaa sana muille mielipiteille tai ehdotuksille. Omaan kyselyymme laitoimme vain vapaa sana -kohdan, koska halusimme vähentää kysymysten määrää.

4.3 Aineistonhankinta ja analysointi

Aineiston hankimme strukturoidulla kyselyllä. Strukturoitu kysely tarkoittaa sitä, että vastausvaihtoehdot on annettu valmiiksi (Vehkalahti 2008, 24). Likertin asteikko on 5 - 7 -portainen. Sitä käytetään yleensä kyselyissä, joissa vastaaja arvioi itse omaa käsitystään väitteen sisällöstä. Vastausvaihtoehdot ovat yleensä ääripäät, esimerkiksi ”täysin samaa mieltä” ja ”täysin eri mieltä”. (Metsämuuronen 2009, 70 - 71.)

Omassa työssämme käytimme strukturoitua kyselylomaketta, jossa on 6-portainen Likert -asteikko. Vastausvaihtoehdot oli numeroitu 0 - 5 ja kyselyyn vastattiin ympäröimällä omaa mielipidettä vastaava numero. Kyselylomake koostui kahdesta A4-kokoisesta arkista, joissa oli kysymyksiä molemmilla puolilla. Arkit olivat pystysuunnassa ja ne oli nidottu yhteen vasemmasta yläkulmasta.

Kyselyn esitestaus kohdejoukolla lisää aineiston luotettavuutta (Vilka 2007, 78). Ennen kyselyn käyttöön ottamista esitetasimme kyselyn kahdella kohderyhmään kuuluvalla potilaalla. Kyseiset potilaat eivät osallistuneet varsinaiseen kyselyyn emmekä huomioineet heidän täyttämäänsä lomakkeita tulosten analysoinnissa. Esitetasimme kyselyn sen jälkeen, kun olimme saaneet muokattua alkuperäisen kyselyn omaa tarvettamme vastaavaksi. Kyselyn esitestaus tapahtui lupien saamisen jälkeen ennen varsinaisen kyselyn aloitusta. Esitestauksella halusimme selvittää, onko kyselyn väittämiä mahdollista analysoida SPSS-ohjelmalla. Lisäksi esitestauksen avulla oli helppo miettiä, ovatko kysymykset ymmärrettäviä. Esitestauksen seurauksena tarkensimme yhtä kysymystä siten, että se oli paremmin ymmärrettävissä.

Kyselyjä tulostettiin 30 kappaletta, joista 10 vietiin osastolle 6 ja 20 osastolle 7. Käsitksemme mukaan osaston 7 potilaita leikataan enemmän puudutuksessa kuin osaston 6 potilaita. Hoitajat jakoivat kyselylomakkeet täysi-ikäisille puudutusleikkauspotilaille Kainuun keskussairaalan kirurgisilla vuodeosastoilla 6 ja 7. Osastolla 6 hoidetaan gastroenterologisia ja urologisia potilaita sekä korva-, nenä- ja kurkkutauteja ja osastolla 7 ortopedisia, traumatologisia, thorax- ja verisuonikirurgisia potilaita (Kainuun maakunta –kuntayhtymän terveystalot 2008). Toteutimme kyselyn jo potilaiden sairaalassaolon aikana, koska Leinosen (2002, 82) mukaan se on helpompaa, kontrolloidumpaa ja taloudellisempaa kuin lomakkeiden kotiin lähettäminen. Strukturoitu kysely oli sopiva tähän tilanteeseen siksi, että vastaajia oli useita.

Kyselylomakkeen jako- ja vastausohjeet ovat erityisen tärkeässä asemassa, kun kysely toteutetaan ilman tutkijan paikalla oloa (Valli 2010, 109). Hyvä ohje, niin henkilökunnalle kuin vastaajallekin, on lyhyt ja napakka mutta informatiivinen. Suunniteltaessa hyvää potilasohjetta kyselylomakkeen täyttämiseen on huomioitava mille kohderyhmälle ohje tehdään. Ohjeen on tärkeää puhutella potilasta ja ohjeesta on käytävä ilmi, että se on juuri hänelle tarkoitettu. Teittely on aina sopivaa ja passiivia tulee välttää, koska se ei puhuttele potilasta henkilökohtaisesti. Asiallisessa potilasohjeessa on lopuksi yhteystiedot henkilöihin, joilta potilas voi kysyä lisätietoja halutessaan (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 36 - 37, 44.) Kyselyn toteutus tapahtui vuodeosastoilla, jossa vastuu jakamisesta oli hoitohenkilökunnalla. Kirjoitimme saatekirjeet hoitajille (Liite 3) sekä potilaille (Liite 4) ottaen huomioon ohjeet hyvän saatekirjeen tekemisestä.

Jokaisella kohderyhmään kuuluvalla potilaalla tulisi olla samanlainen mahdollisuus päästä tutkimuksen tietolähteeksi. Haasteena ovat muistisairaat, suomea taitamattomat potilaat sekä potilaat, jotka eivät itse pysty kirjoittamaan. Tietolähteiden valinta saattaa ohjata tutkimustuloksia tai vinouttaa niitä johonkin suuntaan. Esimerkiksi potilastyytyväisyystutkimuksissa, joita terveystalotjärjestelmä on tehnyt useita, on huomattu, että naiset ja nuoremmat ikäluokat ovat halukkaampia vastaamaan kuin miehet ja vanhemmat. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 289 - 290.)

On todettu, että sairaalassa kyselyyn vastatessaan potilaat ovat varovaisempia kuin kotona kyselyä täyttäessään. Syy tähän on se, että potilaat pelkäävät negatiivisen palautteen vaikuttavan heidän hoitoonsa sairaalassa (Leinonen 2002, 71; Pelkonen & Perälä 1992, 157). Vasta-

uksien määrän lisäämiseksi informoimme osastoiden hoitohenkilökuntaa kyselystämme. Veimme osastoille esille hoitotyöntekijöille tarkoitettun saatekirjeen. Teerijoki (2008, 49) toteaa pro gradu -tutkielmassaan, että kyselyn ajoittamisella voi olla suuri merkitys vastaajien määrän kannalta. Kyselyn mukana potilaat saivat saatekirjeen.

Kyselyjä oli lopulta jaettu 14, joista 11 palautui. Näin ollen kato oli kolme. Loput 16 kyselyä jäivät jakamatta potilaille. Kysely oli jaossa 17 päivää. Vastauskuoret säilytettiin osastoiden kanslioissa. Täytetyt kyselyt säilytimme kotona, jossa ne olivat hyvässä tallessa. Vastaajien henkilötiedot eivät tulleet missään vaiheessa esille emmekä luovuttaneet kyselyn tietoja ulkopuolisille. Säilytimme aineistoa opinnäytetyömme valmistumiseen saakka, jonka jälkeen hävitimme sen kokonaan asianmukaisella tavalla eli poistimme tiedostot tietokoneelta ja tuhosimme paperit.

Koska vastauksia oli niin pieni määrä, emme käyttäneet niiden analysoinnissa tietokoneohjelmia. Laskimme tyhjälle kyselylomakkeelle kuinka monta mitään vastausta oli tullut kuhunkin kysymykseen ja näin oli helppo hahmottaa vastaajien mielipiteet. Avointen kysymysten vastaukset kirjasimme Wordiin.

5 TULOKSET

Tutkimusongelmamme oli selvittää, millaisia kokemuksia elektiivisillä puudutusleikkauspotilailla on leikkausosastolla oloajastaan. Kyselyitä jaettiin 14 kappaletta, joista täytettynä palautui 11. Seuraavassa kerromme kyselyn tulokset. Kyselyssä oli seitsemän kohtaa, joissa selvitettiin vastaajien taustatietoja sekä leikkaustilanteen taustatekijöitä. Varsinaisia väittämiä oli 35 kappaletta. Näissä väittämissä oli 6-portainen Likert-asteikko. Tässä raportissa yhdistimme vastausvaihtoehdot ”täysin samaa mieltä” ja ”lähes samaa mieltä” yhdeksi ilmaisuksi ”samaa mieltä”. Tällöin tulosten luettavuus on parempi. Vastausten tarkka jakautuminen selviää liitteestä 1. Avointen kysymysten vastauksia olemme kirjanneet suorina lainauksina sellaisiin kohtiin, jotka koskivat vastausten aiheita.

5.1 Vastaajien taustatiedot ja leikkaustilanteen taustatekijät

Ensimmäiset kysymykset koskivat vastaajien sukupuolta ja ikää. Vastaajista seitsemän oli miehiä, kolme naisia ja yksi vastaaja ei vastannut kysymykseen. Kuusi vastaajista oli yli 68-vuotiaita, neljä henkilöä 58 - 67-vuotiaita ja yksi vastaaja oli ikähaarukassa 18 - 27. Vastaajat olivat siis yhtä lukuun ottamatta melko iäkkäitä.

Seuraavassa kohdassa kysyttiin potilaan muistamisen tasoa leikkausosastolla olonsa eri vaiheissa. Kaikki vastaajat muistivat leikkausosastolle tulonsa selvästi. Leikkaussalissa olonsa toimenpiteensä aikana selvästi muisti yhdeksän henkilöä, yksi muisti epäselvästi ja yksi vastaajista ei muistanut toimenpiteestä mitään. Heräämössä olonsa muisti selvästi yhdeksän vastaajista, yksi muisti epäselvästi ja yksi vastaajista ei ollut vastannut kysymykseen. Lähtönsä leikkausosastolta muisti selvästi kymmenen henkilöä ja epäselvästi yksi vastaajista.

Seuraavat kysymykset koskivat potilaan halua kuunnella musiikkia leikkausosastolla sekä sitä, oliko mahdollisuutta musiikinkuunteluun tarjottu. Vastaajista viisi halusi kuunnella musiikkia leikkaussalissa ja kuusi henkilöä ei halunnut. Vain yhdelle musiikkia toivoneista ei ollut tarjottu mahdollisuutta musiikin kuunteluun. Yhdelle, joka ei halunnut kuunnella, oli musiikkia tarjottu.

Seuraavissa kohdissa kysyttiin minkä verran potilailla oli kipua, vilua, pelkoja ja tietoutta toimenpiteestä sekä puudutuksesta juuri ennen leikkausosastolle tuloa sekä leikkauksen aikana. Seitsemällä vastaajalla ei ollut leikkausosastolle tullessa kipuja lainkaan, neljällä kipua oli jonkin verran. Kolmella neljästä vastaajasta kivut saatiin kuriin leikkauksen aikana. Pahoinvointia tullessa ei ollut kenelläkään 11 vastaajasta. Salissa ollessa pahoinvointia oli yhdellä henkilöllä, yksi oli jättänyt vastaamatta. Palelua ei esiintynyt kymmenellä vastaajalla, yksi oli jättänyt vastaamatta kysymykseen. Leikkauksen aikana kaikkien vastaajien lämpötiloudesta oli huolehdittu hyvin, sillä ketään vastaajista ei palellut. Kolmella vastaajalla leikkausosastolle tullessa oli jonkin verran pelkoja puudutukseen liittyen. Yhdellä heistä pelko oli väistynyt leikkauksen aikana. Seitsemän vastaajaa ilmoitti, ettei pelkoja puudutukseen liittyen ollut koko aikana. Yksi vastaaja ei pelännyt tullessa, mutta leikkauksen aikana pelkoa tuli jonkin verran. Vastaaja oli nuorin koko joukosta.

”Omat ennakkoluulot pelotti.”

Seitsemällä vastaajalla oli leikkausosastolle tullessaan jonkin verran leikkauksen/toimenpiteeseen liittyviä pelkoja. Leikkauksen aikana pelkoja ei kuitenkaan neljällä vastaajista ollut enää. Kaksi pelkäsi edelleen jonkin verran, ja yksi jätti vastaamatta kysymykseen. Neljä vastaajista ei pelännyt leikkausta/toimenpidettä koko aikana. Seitsemällä vastaajista oli paljon tietoa tehtävästä toimenpiteestä, kahdella tietoa oli jonkin verran. Yksi henkilö oli jättänyt vastaamatta ja yksi oli ympyröinyt sekä ”paljon” että ”jonkin verran” – vastausvaihtoehdot.

”Opas, mikä annettiin etukäteen kirurgian poliklinikalla tosi hyvä.. ja käynti myös.”

Kuudella henkilöllä oli paljon tietoa puudutustavasta. Jokainen heistä tiesi paljon myös toimenpiteestä. Yksi vastaaja oli ympyröinyt ”paljon” ja ”jonkin verran” –vaihtoehdot molemmista kysymyksistä. Neljällä vastaajalla oli jonkin verran tietoa puudutustavasta leikkausosastolle tullessa. Kaksi heistä sai leikkausosastolla lisätietoa, sillä he olivat vastanneet leikkauksen aikana tietoa olevan paljon. Yhden tietous pysyi ennallaan.

5.2 Vastaajien kokemukset leikkausosastolta

Ensimmäinen väittämä koski leikkaussaliin pääsyn odottamisaikaa. Kymmenen vastaajista koki, ettei joutunut odottamaan liian pitkään pääsyä leikkaussaliin. Yksi vastaaja ei osannut arvioida tätä asiaa.

”Odotus jännittää.”

Toinen väittämä koski leikkausosaston vastaanoton miellyttävyyttä. Kaikki vastaajat olivat tyytyväisiä vastaanottoon leikkausosastolle. Seuraavissa väittämässä (3. - 7.) selvitettiin potilaiden kokemuksia kivunhoidosta sekä potilaan fyysisestä käsittelystä ja leikkausasennosta. Kivunhoitoon leikkausosastolla oltiin hyvin tyytyväisiä sekä leikkauksen aikana että heräämössä. Lisäksi kaikki olivat tyytyväisiä fyysiseen kohteluun, joka oli helläkätistä ja kipua tuottamatonta. Leikkausasento oli myös mukavantuntuinen kaikkien mielestä. Yksi ei muistanut leikkaussalissa oloaikaansa ollenkaan, joten hän ei voinut arvioida leikkauksen aikaista kivunhoitoa. Seuraavat väittämät (8. ja 9.) koskivat potilaan lämpötilasta huolehtimista leikkausosastolla. Potilaiden lämpötilasta huolehdittiin hyvin sekä leikkaussalissa että heräämössä. Yksi ei voinut arvioida leikkauksen aikaista lämpötiloudesta huolehtimista.

Seuraavaksi (10. ja 11. väittämä) kysyttiin potilaan mielipidettä siitä, miten puudutus ja toimenpide suoritettiin. Vastaajista kymmenen koki, että puudutus suoritettiin hyvin. Yksi oli jättänyt vastaamatta kysymykseen. Kaikki olivat sitä mieltä, että leikkaus tai toimenpide suoritettiin hyvin.

”Hoito oli niin loistavaa ja asiantuntevaa, ettei jatkossa mahdollisiin toimenpiteisiin tulo tunnu ainakaan vastenmieliseltä.”

”Puudutuksessa ei ongelmia, lääkäri bieman kiireinen.”

”Puudutusalueen etsinnässä (epiduraali) oikeaan jalkaan syntyi kramppausta, leikkauksen jälkeen muutamia päiviä kohdat kipeät koskennalle.”

Seuraavat väittämät koskivat potilaille jäänyttä mielikuvaa henkilökunnan ammattitaidosta (12.) ja huolellisuudesta (13.). Henkilökunnan ammattitaidon kymmenen vastaajaa arvioi hyväksi. Yksi oli jättänyt vastaamatta kysymykseen. Yksi vastaaja oli jättänyt vastaamatta seuraaviin 19 kysymykseen. Kymmenen vastaajan mielestä henkilökunta toimi tarkasti ja huolellisesti suorittaessaan hoitoon liittyneitä toimenpiteitä.

”Sain erittäin ammattimaisen kuvan osaston toiminnasta.”

Seuraavat kuusi väittämää (14. - 19.) koskivat potilaan riittävää tiedonsaantia leikkausosastohoidon eri vaiheissa. Yhdeksän potilasta koki saaneensa tarpeeksi tietoa heille tapahtuvista asioista, eli mitä tehdään ja miksi. Yksi ei ollut samaa eikä eri mieltä asiasta. Heräämössä yhdeksän vastaajaa oli saanut tarpeeksi tietoa. Kaksi ei ollut vastannut ollenkaan. Kymmenen vastaajaa oli sitä mieltä, että leikkausosaston hoitajat kertoivat riittävästi heidän hoitoonsa liittyneistä asioista. Yhdeksän henkilöä koki kirurgin antaneen riittävästi tietoa, yksi ei ollut samaa eikä eri mieltä siitä. Yksi ei ollut vastannut. Anestesiaalääkärin tiedonantoon oli tyytyväisiä yhdeksän henkilöä, kaksi oli jättänyt vastaamatta.

Seuraavassa väittämässä (20.) kysyttiin potilaan kokemusta siitä, että saiko hän vaikuttaa hoitoonsa leikkausosastolla. Kolme vastaajaa koki saaneensa vaikuttaa hoitoonsa leikkausosastolla. Kaksi ei ollut samaa eikä eri mieltä, neljä henkilöä ei pystynyt arvioimaan tätä asiaa. Kaksi oli jättänyt kokonaan vastaamatta.

Seuraavissa kohdissa (21. - 24.) kartoitettiin sitä, tuettiin ja rohkaistiinko potilaita, huomioitiinko jännittäminen ja kohdeltiin heitä kunnioittavasti. Vastaajista yhdeksän oli tyytyväisiä rohkaisuun ja henkiseen tukemiseen leikkausosastolla. Kaksi ei ollut vastannut. Kymmenen potilasta koki, että mahdollinen jännittäminen huomioitiin. Yksi ei ollut vastannut kysymykseen. Kymmenen vastaajaa koki, että heitä kohdeltiin kunnioittavasti eivätkä he joutuneet noloihin tilanteisiin. Yksi ei ollut vastannut.

Seuraavat väittämät (25. - 30.) koskivat henkilökunnan käyttäytymistä, yhteistyötä sekä ajanantoa potilaalle. Henkilökunta oli ystävällistä ja toimi hyvässä yhteistyössä keskenään. Potilaiden mielestä hoito ei tuntunut ”liukuhihnatyöltä”, henkilökunnalla oli riittävästi aikaa potilaalle eikä potilaita häirinyt henkilökunnan keskinäinen keskustelu. Yksi vastaaja oli jättänyt vastaamatta näitä seikkoja koskeviin kysymyksiin.

”Hyvä tiimityö.”

”Sain hyvää hoitoa, kiitos henkilökunnalle.”

Viimeiset väittämät (31. - 33., 35.) koskivat leikkausosaston ilmapiiriä ja rauhallisuutta, sekä vuodeosastolle siirtämisen ajankohdan sopivuutta. Yhdeksän vastaajan mielestä leikkausosastolla oli rauhallista ja kiireettömän tuntuista. Kaksi ei ollut vastannut tähän. Kymmenen vastaajaa ajatteli leikkausosastolla olevan leppoisa ja rentouttava ilmapiiri. Lisäksi heräämössä oli rauhallista toipua kymmenen vastaajan mielestä, yksi ei ollut samaa eikä eri mieltä asiasta. Kymmenen henkilöä oli sitä mieltä, ettei heitä siirretty liian aikaisin takaisin osastolle heräämöstä. Yksi ei ollut ottanut kantaa asiaan.

”Leikkausosastolla vallinnut lämmin ja mukava ympäristö yllätti itseni.”

Toiseksi viimeinen väittämä (34.) koski potilaiden turvallisuudentunnetta leikkausosastolla ollessaan. Kaikki 11 vastaajaa kokivat leikkausosastolla olonsa turvalliseksi.

”Turvallinen olo, kaikesta huolehdittiin.”

Kyselyn väittämät olivat myönteisessä muodossa, eli jos vastaaja oli väittämän kanssa samaa mieltä, tulos oli myönteinen. Näin lomakkeista näki ensisilmäyksellä, olivatko vastaajien kokemukset miellyttäviä vai epämiellyttäviä.

6 POHDINTA

Pohdinnan aluksi tarkastelemme opinnäytetyömme tuloksia suhteessa aiempiin tutkimuksiin sekä ehdotamme jatkotutkimusaiheita. Opinnäytetyötä pohdittaessa on lopputulosten ja päätelmien kannalta tärkeää ottaa huomioon tulosten luotettavuus eli validiteetti ja reliabiliteetti. Eettisyyttä tarkastelemme potilaan kunnioituksen ja aineistonkeruumenetelmän näkökulmasta. Omassa pohdinnassa käymme läpi opinnäytetyön tekemisen vaiheisiin liittyviä valintoja, päätöksiä ja esiin nousseita pulmia. Arvioimme myös omaa ammatillista kehittymistämme kohti sairaanhoitajan ammattia.

6.1 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimusongelmamme oli selvittää, millaisia kokemuksia elektiivisillä puudutusleikkauspotilailla on leikkausosastolla oloajastaan. Aikaisempien tutkimusten perusteella oletimme tulosten olevan myönteisiä (Janhonen & Koivusalo 2004; Leinonen 2002; Teerijoki 2008). Tulokset vastasivat ennakko-oletustamme. Seuraavassa vertaamme kyselymme tuloksia aiempien tutkimusten tuloksiin, jotka on saatu käyttäen Hyvä perioperatiivinen hoito –mittaria. Janhosen ja Koivusalon (2004) tutkimuksessa kyselyyn vastanneita potilaita oli 232. Leinosen (2002) tutkimukseen vastasi 1278 henkilöä. Leinonen toteutti kyselynsä kahdessa osassa eri vuosina.

Fyysisiä toimintoja koskevat väittämät käsittelivät kivun hoitoa, lämpötilasta huolehtimista sekä hoitohenkilökunnan teknisiä taitoja. Kyselymme vastanneet potilaat olivat tyytyväisiä näihin osa-alueisiin. Kipua hoidettiin riittävästi koko leikkausosastolla oloajan. Neljällä potilaalla oli vähän kipua leikkausosastolle tullessaan ja kolmella potilaalla leikkauksen aikana, mutta kivunhoitoa pidettiin silti riittävänä. Janhosen ja Koivusalon (2004, 42 - 43) tutkimuksessa tulokset olivat samanlaisia; potilaat kokivat kivunhoitonsa riittäväksi. Niin ikään Leinosen (2002, 53) tutkimuksen tuloksissa fyysinen hoito koettiin hyväksi.

Potilaat kokivat, että leikkausosastolla heidän lämpötilastaan huolehdittiin hyvin. Leikkauksen aikana kukaan vastanneista ei palellut. Muissa tutkimuksissa potilaat olivat myös tyytyväi-

siä lämpötilasta huolehtimiseen leikkausosastolla (Janhonen & Koivusalo 2004, 43; Leinonen 2002, 53).

Leikkausosaston henkilökunta koettiin ammattitaitoiseksi ja heidän toimintaansa arvioitiin tarkaksi ja huolelliseksi. Leikkaukset ja puudutukset suoritettiin potilaiden mielestä hyvin. Yksi vastaaja toi esille puudutusalueen etsinnässä syntyneen jalan krampppauksen. Janhosen ja Koivusalon (2004, 43) tutkimuksessa tuli esille, että potilaat pitivät henkilökunnan ammattitaitoa hyvänä. Myös heidän tutkimuksessaan potilaat kuvasivat puudutuspaikan etsinnässä ilmenneitä ongelmia, jotka aiheuttivat tyytymättömyyttä. Silti he olivat kokonaisuutena tyytyväisiä anestesia- ja leikkauksen toimintaan. Leinosen (2002, 53) tutkimuksessa ilmeni samanlaisia tuloksia: pieni osa potilaista mainitsi ongelmia olleen puudutuksen suorittamisessa ja kanyloinnissa. Kuitenkin 99 % vastanneista oli tyytyväisiä leikkauksen ja puudutuksen suorittamiseen.

Ennen leikkausosastolle tuloaan enemmistöllä potilaista oli paljon tietoa tehtävästä leikkauksesta ja puudutuksesta. Leikkauksen aikana tietous ei lisääntynyt. Lähes kaikki vastaajat olivat kuitenkin sitä mieltä, että he saivat riittävästi tietoa leikkausosastolla. Heille annettiin riittävästi tietoa asioista, jotka koskivat heidän hoitoaan. Janhosen ja Koivusalon (2004, 46) tuloksissa ilmeni tyytymättömyyttä tiedonsaantiin. Vain 41,9 % vastanneista oli tyytyväisiä jatkuvaan ja ajantasaiseen tiedonsaantiin. Kuitenkin tiedonanto oli selkeää ja ymmärrettävää. Heräämössä potilaat saivat mielestään riittävämmän tietoa heille tapahtuvista asioista. Leinosen (2002, 54) tutkimustuloksissa potilaat olivat suurimmaksi osaksi tyytyväisiä tiedonsaantiin. Tyytyväisempiä oltiin heräämössä annettuun tiedon määrään.

Eniten hajontaa tuli väittämässä, joka koski kirurgin tiedonannon riittävyttä. Leinosen (2002, 54) tutkimuksessa 11 % vastaajista ei ollut tyytyväisiä kirurgin tiedonantoon. Anestesia- ja leikkauksen koettiin tiedottaneen riittävästi. Janhosen ja Koivusalon (2004, 46) tutkimukseen vastanneista 75 % arvioivat kirurgin antaneen riittävästi tietoa. Anestesia- ja leikkauksen tiedonantoon oli tyytyväisiä 82,3 %.

Potilaan psyykkistä tukemista koskevat väittämät käsittelivät potilaan mahdollisuuksia vaikuttaa omaan hoitoonsa, hänen rohkaisuaan, henkistä tukemista sekä jännittämisen helpottamista. Vastanneista neljä ei pystynyt arvioimaan, saivatko he vaikuttaa hoitoonsa. Myöskään Janhosen ja Koivusalon (2004, 48) tutkimuksessa kolmasosa vastanneista ei pystynyt arvioimaan vaikutusmahdollisuuksiaan hoitoaan koskien.

Potilaat olivat tyytyväisiä rohkaisuun ja henkiseen tukemiseen. Kolmella vastaajalla oli ennen leikkausosastolle tuloa pelkoja puudutukseen liittyen. Leikkaukseen liittyviä pelkoja oli enemmän ja useammalla potilaalla kuin puudutukseen liittyviä. Potilaat kokivat, että jännittäminen huomioitiin leikkausosastolla. Leikkaukseen liittyvät pelot vähenivät leikkauksen aikana. Janhosen ja Koivusalon (2004, 48) mukaan kaksi kolmasosaa oli tyytyväisiä rohkaisuun ja henkiseen tukemiseen.

Potilaan huomiointia koskevat väittämät käsittelivät potilaan kunnioittavaa kohtelua ja hänen huomioimistaan tasavertaisena hoitoonsa osallistujana. Väittämät käsittelivät lisäksi potilaan kokemusta leikkausosaston henkilökunnan ystävällisyydestä, yhteistyötaidoista ja ajan annosta potilaalle. Potilaita kohdeltiin leikkausosastolla kunnioittavasti eivätkä he tunteneet itseään kiusaantuneeksi. Vastaajien mielestä hoito ei tuntunut persoonattomalta. Janhosen ja Koivusalon (2004, 49) sekä Leinosen (2002, 55) tutkimuksissa lähes kaikki vastaajat olivat tyytyväisiä saamaansa kohteluun. He eivät joutuneet kiusallisiin tilanteisiin leikkausosastolla hoidossa ollessaan. Lisäksi Leinosen (2002, 55) mukaan suurin osa potilaista koki hoidon olevan yksilöllistä.

Henkilökunnan käyttäytymisen kokivat ystävälliseksi, kohteliaaksi sekä miellyttäväksi kaikki näihin väittämiin vastanneet potilaat. Potilaiden näkökulmasta henkilökunnan yhteistyö sujui hyvin eikä heidän keskinäinen keskustelunsa häirinnyt potilaita. Janhosen ja Koivusalon (2004, 50) ja Leinosen (2002, 52) tutkimuksen tulokset olivat samanlaisia. Kyselymme tulosten mukaan potilaat kokivat, että leikkausosaston henkilökunta antoi potilaalle tarpeeksi aikaa. Janhosen ja Koivusalon (2004, 51) tuloksista kävi ilmi, että henkilökunnalla oli riittävästi aikaa potilaille.

Potilaat arvioivat leikkausosaston ilmapiirin rauhallisuutta, kiireettömyyttä, leppoisuutta ja rentouttavuutta. Lähes kaikki kokivat nämä ilmapiiriä koskevat seikat onnistuneiksi. Yksi potilas ei ollut samaa eikä eri mieltä heräämön rauhallisuudesta toipumisen kannalta. Janhosen ja Koivusalon (2004, 51) tutkimuksessa tulokset ilmapiiriä koskien olivat samanlaisia. Myös Leinosen (2002, 57) mukaan potilaat olivat sitä mieltä, että leikkausosastolla on rauhallinen ilmapiiri.

Kaikki vastaajat kokivat olonsa turvalliseksi leikkausosastolla. Myös Janhosen ja Koivusalon (2004, 51) ja Leinosen (2002, 57) mukaan potilaat kokivat olonsa turvalliseksi.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää elektiivisten puudutusleikkauspotilaiden kokemuksia leikkausosastolla oloajastaan. Tavoitteena oli tuottaa tietoa Kainuun keskussairaalan leikkausosaston hoitajille potilaiden kokemuksista leikkausosastolla oloajastaan. Kyselymme tulosten mukaan potilaiden kokemukset leikkausosastolta ovat pääosin myönteisiä. Leikkausosaston henkilökunta aikoi tarvittaessa käyttää tuloksia kehittäessään omaa toimintaansa yhä potilaslähtöisemmäksi.

Jatkotutkimusaiheena on potilaiden leikkausosastokokemusten selvittäminen laajemmin Kainuun keskussairaalassa. Päiväkirurgisten potilaiden kokemuksia voi kartoittaa siltä kannalta, miten potilaan turvallisuudentunteeseen vaikuttaa se, että hän lähtee leikkauspäivänä kotiin.

6.2 Luotettavuus

Kun puhutaan opinnäytetyön luotettavuudesta, sillä tarkoitetaan mittarin tai muun aineistonkeruumenetelmän luotettavuutta, jolla tulokset on saatu. Luotettavuutta kuvataan sanoilla validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetilla tarkoitetaan oikeiden asioiden tutkimista tutkimusongelman kannalta ja reliabiliteetti tutkimustulosten pysyvyyttä ja toistettavuutta. (Kananen 2008, 79; Metsämuuronen 2003, 42 - 43.)

Opinnäytetyössämme validiteetilla tarkoitetaan sitä, mittaako valitsemamme mittari potilaiden kokemuksia ja niitä asioita, jotka mahdollisesti ovat vaikuttaneet kokemukseen. Tutkimustulosten luotettavuuden kannalta on otettava huomioon myös niiden yleistettävyyks eli ulkoinen validiteetti. Tulosten yleistettävyyks on hyvä jos otos vastaa koko kohderyhmää. Kriteerivaliditeetti tulee esille opinnäytetyön tuloksia tarkastellessa kun vertaamme niitä aikaisempien samasta aiheesta tehtyjen tutkimusten tuloksiin. (Kananen 2008, 81 - 82.)

Otantatutkimuksessa populaatiota eli kohderyhmää edustaa otos. Tämän kohderyhmän rakenne on selvitettävä, jotta pystytään määrittelemään otoksen vastaavuus kohderyhmään. Otos on niin sanottu peilikuva koko kohderyhmästä. (Kananen 2008, 70.) Sillä tarkoitimme opinnäytetyössä kaikkia Kainuun keskussairaalassa yli 18-vuotiaita elektiivisesti puudutuksessa leikattuja potilaita jotka menivät jatkohoitoon vuodeosastoille 6 tai 7. On otettava huomi-

oon, millaisia potilaita Kainuun keskussairaalan osastoilla 6 ja 7 hoidetaan, heidän keski-ikänsä sekä sukupuolensa. Edellä mainittujen piirteiden yleisyys saattaa vaihdella toisilla Kainuun keskussairaalan osastoilla, joiden potilaat tarvitsevat leikkaushoitoa. Tuloksia ei näin ollen voi yleistää kaikkien Kainuun keskussairaalassa elektiivisesti leikattujen potilaiden kokemuksi.

Reliabiliteetti tarkoittaa pysyvyyttä eli samat tulokset saadaan eri mittauskerroilla. Puhutaan myös stabiliteetista, joka tarkoittaa mittarin pysyvyyttä ajassa, jolloin ajan kuluessa samalla mittarilla hankitut tulokset pysyvät samanlaisina. Käytännössä reliabiliteetin huomioiminen opinnäytetyössä tarkoittaa, että sen vaiheet raportoidaan tarkasti ja ne ovat siten toistettavissa. Työssä tehtyjen ratkaisujen on oltava perusteltuja, jotta lopputulos on yhtenäinen ja aukoton alusta loppuun. (Kananen 2008, 79 - 80, 83.) Lisäsimme opinnäytetyön luotettavuutta huolellisella ja rehellisellä raportoinnilla tekemistämme valinnoista ja toimista.

Metsämuurosen (2009, 43 - 45) mukaan ”väitöskirjoissa oleva tieto on yleensä luotettavaa, koska sitä edeltää samanlainen tarkka laadun varmistus kuin artikkeleitakin”. Tieteelliset artikkelit, joiden tasoa tietyt järjestelmät pitävät yllä, ovat peruslähdemateriaalia tieteelliselle tekstille. Käytimme oppikirjoja opinnäytetyömme lähteinä harkiten. Oppikirjoissa on usein karsittu alkuperäisiä lähteitä tekstistä pois, jotta se olisi selkeämmin luettavaa. Tämän vuoksi on vaikea tietää, onko kyseessä oleva teksti kirjan kirjoittajan oma mielipide vai jonkun toisen tutkijan tutkimustulos.

Käyttäessämme yli viisi vuotta vanhoja lähteitä tietoa on arvioitava nykytiedon valossa. Tärkeää on kuitenkin selvittää, onko lähteestä uudempaa painosta. Joskus vanha lähde saattaa olla alkuperäinen, jolloin se on niin sanottu klassikko, kuten Maslow'n tutkimustulokset. (Metsämuuronen 2009, 45.)

Opinnäytetyömme luotettavuus perustuu teoreettisten lähtökohtien ja keskeisten käsitteiden oikeellisuuteen sekä paikkansapitävyyteen. Valitsimme mahdollisimman luotettavia lähteitä perioperatiiviseen hoitoon, potilastyytyväisyyteen ja potilaan turvallisuudentunteen luomiseen liittyen. Lähteinä käytimme kirjallisuutta, väitöskirjoja, pro gradu -tutkielmia sekä harkinnan mukaan internet-lähteitä ja oppikirjoja.

Valitsimme valmiin kyselylomakkeen, jotta tulokset olisivat mahdollisimman luotettavia. Mielestämme useaan kertaan muokattu ja arvioitu kysely on luotettavampi, kuin omatekemämme olisi ollut. Lisäksi tämän kyselyn kysymykset olivat tarkoitukseemme sopivat. Käyttämäämme mittaria on käytetty myös aiemmin (Janhonen & Koivusalo, 2004; Leinonen 2002).

Strukturoidulla kyselyllä saatu tieto ei ole kovin syvällistä, koska vastaajat eivät saa itse muotoilla vastauksiaan. Toisaalta kaikki ihmiset eivät ole kielellisesti lahjakkaita, joten on hyvä, että kyselyssä on valmiit vaihtoehdot. Näin vastaukset koskevat niitä asioita, mitä haluamme tietää. Väittämien lisäksi emme saaneet tietoomme potilaiden tarkempia mielipiteitä ja perusteluja niille. Puoliavoimilla kysymyksillä pyrimme tarkentamaan mahdollisia ongelmatilanteita ja potilaiden muita leikkaushoitoon liittyviä mielipiteitä.

Kyselyyn vastanneiden potilaiden kokemukset leikkausosastolta olivat myönteisiä. Aiempien tutkimusten perusteella odotimme tulosten olevan myönteisiä. Saimme vastauksia niukasti, koska suurin osa kyselyistä jäi osastoilla jakamatta. Osan lomakkeista toinen meistä teki josta jakoi itse työharjoittelun aikana. Siihen, miksi osastojen hoitajat eivät olleet kovin kiinnostuneita jakamaan kyselyitä, voi olla monia syitä. Se, että tulokset eivät kosketa omaa työyksikköä, on voinut vähentää hoitajien motivaatiota osallistua kyselyiden jakamiseen. Lisäksi olisi ollut hyvä nimetä joku hoitaja kummaltakin osastolta vastuuhenkilöksi, joka olisi pitänyt huolta kyselyiden perille menosta.

Meillä ei ole tarkkaan tiedossa, mihin ajankohtaan kyselyjen jakaminen ajoittui leikkauksen jälkeen – jaettiin ne heti potilaan palattua heräämöstä osastolle vai vasta seuraavana päivänä. Samana päivänä kokemukset ovat vielä tuoreessa muistissa, mutta joillain potilailla voi olla pahaa oloa tai kipuja. Tällöin motivaatio kyselyyn vastaamiseen ei luultavasti ole korkea. Seuraavana päivänä vastatessa potilas taas voi olla esimerkiksi todella tyytyväinen siksi, että ylipäänsä pääsi leikkaukseen ja elämä kenties helpottui leikkauksen myötä. Tämä voi vinouttaa vastauksia.

Emme voi olla varmoja potilaiden olleen rehellisiä vastauksissaan. Joihinkin väittämiin oli jätetty kokonaan vastaamatta. Syynä voi olla se, ettei potilas ole halunnut antaa kielteistä vastausta. Kyselyssä oli ”En pysty arvioimaan tätä asiaa” -vastausvaihtoehto, jonka olisi voinut

ympyröidä ellei osannut vastata. Joissain lomakkeissa oli hieman ristiriitaisuuksia vastauksissa ja siitä tulee mieleen kysymys, oliko kysely tarpeeksi ymmärrettävästi muotoiltu. Eräs vastaaja oli vastannut, että hänellä oli paljon tietoa toimenpiteestä ja puudutuksesta ennen leikkausosastolle tuloa, mutta leikkauksen aikana tietoa ei enää ollut.

Jaetuista 14 kyselystä täytettynä palautui 11 kappaletta. Näin ollen kadon määrä oli kolme. Syynä tähän voi olla potilaan haluttomuus vastata kyselyyn, jaksaminen, kykenemättömyys tai potilaan unohtaminen täyttää kysely. Syinä voi myös olla, että potilas ei ehtinyt täyttää kyselyä ennen kuin keräsimme täytetyt kyselyt pois osastoilta.

6.3 Eettisyys

Tutkimusetiikka tarkoittaa eettisten ongelmien ja kysymysten tarkastelua ja niihin vastauksien löytämistä työn eri vaiheissa. Eettisiä kysymyksiä voi nousta esiin tutkimuksen suunnittelussa, menetelmän valinnassa, aineiston kokoamisessa ja käsittelyssä sekä tulosten julkaisussa. Voidaan puhua tutkimuksen suorittamisen eli tieteen sisäisestä etiikasta ja tutkimuskohteen etiikasta. Tieteen sisäisellä etiikalla tarkoitetaan niitä eettisiä päätöksiä ja ohjeita, joita noudatetaan kaikilla tieteenaloilla. Sen mukaan moraalisesti tuomittavaa on muun muassa tutkimustulosten vääristely ja sepittäminen sekä plagiointi. Tutkimuksen kohdetta koskevat eettiset kysymykset puolestaan vaihtelevat tieteenalasta riippuen ja vastaukset kysymyksiin ovat yleensä kiistanalaisia. (Launis & Louhiala 2009, 200 - 201.)

Tutkimusetiikan pohjalla vaikuttavat etiikan periaatteet, joita ovat ihmiselämän kunnioitus, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeuden kunnioitus, hyödyn maksimoiminen ja oikeudenmukaisuuden periaate. Lisäksi hyvän tekemisen ja pahan välttämisen periaate on lähtökohtana kaikelle tutkimukselle. Ihmiselämän kunnioitus on itsestäänselvyys tutkimuksen teossa kun taas ihmisarvon kunnioitus näkyy siinä, ettei yhteiskunnan etu saa koskaan mennä yksilön edun edelle. Itsemääräämisoikeutta ei saa rajoittaa ja tutkimukseen osallistujalta on oltava suostumus osallistumisestaan. Puhuttaessa tutkimuksen hyödyistä, sillä tarkoitetaan taloudellisia arvoja ja resurssien tarpeetonta tuhlausta. Periaate oikeudenmukaisuudesta käsit-

tää ne toimet, jolla varmistetaan, että hyödyt ja haitat jakautuvat tasaisesti ominaisuuksiltaan samanlaisten ihmisten kesken. (Launis & Louhiala 2009, 203 - 204.)

Huolenpito potilaista on oleellisin seikka hoitotyössä. Siksi potilaiden oikeuksien suojeleminen on keskiössä myös hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Anonymiteetin ja luottamuksellisuuden käsitteet ovat yhteydessä potilaan oikeuksien ja yksityisyyden suojelemiseen. Anonymiteetillä eli nimettömyydellä tarkoitetaan sitä, ettei potilaan henkilöllisyys käy ilmi missään vaiheessa tutkimusta edes tutkijoille. Kun tutkittavan henkilöllisyys on tiedossa tutkijalla, on hänen varmistettava tutkittavan yksityisyydensuoja muulla keinoin. Tutkijan on luvattava huolehtia tutkimuksen luottamuksellisuudesta sekä kertoa tutkittavalle aineiston asianmukaisesta käsittelystä. (Knapp 1998, 33 - 34.)

Luvan opinnäytetyömme kyselyn toteuttamiseen (Liite 5) haimme Kainuun keskussairaalan operatiivisen tulosalueen ylihoitajalta, jonka jälkeen teimme toimeksiantosopimuksen (Liite 6) Kainuun maakunta -kuntayhtymän kanssa. Kyselyn käyttämiseen omassa työssämme tarvitsimme luvan sen tekijöiltä Leinoselta sekä Leino-Kilveltä.

Potilaalle on ehdottoman tärkeää selvittää kyselylomakkeenannon yhteydessä, miksi juuri hänen mielipiteensä, tunteensa ja kokemuksensa ovat arvokkaita. Tämän jälkeen vastaaja tekee itse päätöksen osallistumisestaan kyselyyn. (Perttula 2008, 137.) Erillistä suostumusta potilaalta ei tarvittu, sillä kyselyn täyttäminen ja palauttaminen voidaan tulkita suostumukseksi (Tutkimusaineistojen tiedonhallinnan käsikirja 2009).

Osallistuminen oli vapaaehtoista. Kyselyn kysymykset olivat sellaisia, että vastaajan henkilöllisyys ei käynyt ilmi vastauksista. Anonymiteetista huolehdittiin tutkimuksen jokaisessa vaiheessa ja myös vastaajalle osoitetussa saatekirjeessä kerrottiin, että hänen henkilöllisyytensä pysyy salassa. Lisäksi kyselyyn osallistujien oli tärkeää saada tietää, että vastaukset eivät vaikuta heidän saamaansa hoitoon.

6.4 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyön aiheen valintaa ohjasi jo heti prosessin alkuvaiheessa omat kiinnostuksenkohteemme sekä suuntautumisemme kirurgiseen ja perioperatiiviseen hoitotyöhön. Halusimme

huomioida myös aiheen tärkeyden ja hyödynnettävyyden hoitotyön sekä ammatillisen kasvumme kannalta. Mieleisemme aiheen valitsimme Kajaanin ammattikorkeakoulun aihepankista, jonne oli kerätty valmiiksi aiheita ja niiden toimeksiantajia Kainuun alueelta.

Toimeksiantajan eli Kainuun maakunta- kuntayhtymän alkuperäinen nimi valitsemallemme aiheelle oli ”Asiakastyytyväisyys – elektiivisen potilaan näkökulma”. Työn tilaaja, Kainuun keskussairaalan leikkausosasto, valitsi työllemme työelämän ohjaajan, jonka kanssa aloitimme keskustelun aiheesta ja sen rajauksesta. Leikkausosaston tavoitteena oli saada tietoa potilaiden kokemuksista. Leikkausosaston henkilökunta aikoi tarvittaessa hyödyntää tuloksia kehittäessään toimintaansa yhä potilaslähtöisempään suuntaan.

Alussa huomasimme, kuinka tärkeää on tutustua lähdemateriaaliin rauhassa ja kattavasti ennen opinnäytteen suunnittelutyön aloittamista. Selvitimme millaista kirjallisuutta, tutkimuksia ja artikkeleita aiheeseemme liittyen oli mahdollista löytää. Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjastosta löysimme lähteitä, joiden avulla pääsimme alkuun. Aiheanalyysin palautuspäivään mennessä oli jo oltava hyvä ymmärrys omasta aiheesta ja tutkimusmenetelmästä. Jouduimme vaihtamaan aihetta viikkoa ennen aiheanalyysin palautusta, joten sen tekoon olisimme kaivanneet lisää aikaa lähdemateriaaliin perehtymiseen ja opinnäytetyön kokonaiskuvan hahmottamiseen.

Alkuperäinen tarkoituksemme oli tutkia potilastyytyväisyyttä, joka myöhemmin muotoutui potilaan kokemuksen tutkimiseksi. Opinnäytetyömme on määrällinen tutkimus, joten kyselylomake tuntui jo aluksi tutulta menetelmältä potilaiden kokemuksia selvittämään. Koska opinnäytetyön tilaaja oli leikkausosasto, oli tarkoituksen mukaista kysyä potilaan kokemuksia siellä oloajasta. Lisäksi halusimme rajata aiheen koskemaan vain puudutuksessa tehtyjä leikkauksia, koska vastaajilla tulisi todennäköisesti olemaan leikkausosastolla oloajasta paremmat muistikuvat kuin nukutetuilla potilailla.

Tehtyämme päätöksen kyselylomakkeen käytöstä, oli päätettävä käytämmekö valmista vai itse tehtyä kyselyä. Useammasta lähteestä kuitenkin kävi selväksi, että itse tehty kysely on monesti niin laaja työ, että se yksin jo riittäisi opinnäytetyön aiheeksi. Teoriataustaa tehdesämme löysimme pätevän kyselyn, jonka käyttöön saimme luvan sen tekijöiltä. Ennen kyse-

lyn varsinaista aloitusta esitetasimme sen kahdella kohdejoukkoon kuuluvalla henkilöllä ja teimme muutokset, jotta kysely toimisi paremmin ja olisi selkeämpi.

Erilaisia tapoja jakaa kysely on monia. Kyselyn kotiin lähettämisen sijaan päätimme jakaa kyselyt jo potilaiden sairaalassa oloaikana. Kyselyjä jaettaessa Kainuun keskussairaalan vuodeosastoilla kävi ilmi, ettei kaikilla kohdejoukkoon kuuluvilla ollut varmuudella mahdollisuutta vastata kyselyyn. Syitä tähän saattoi olla sairaus, kirjoituskyvyttömyys sekä tilanne, jossa kyselylomaketta ei muista syistä annettu. Muita syitä saattoivat olla hoitajien kiire sekä potilaiden lyhyt sairaalassaoloaika leikkauksen jälkeen, jolloin kyselyä ei ehditty jakaa. Kyselyn kotiin lähettäminen leikkauksen jälkeen olisi antanut kaikille kohdejoukkoon kuuluville vastausmahdollisuuden.

Tapasimme työelämän ohjaajamme kanssa opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa, aiheanalyysiseminaarissa sekä olimme sähköpostin ja puhelimen välityksellä yhteydessä. Keskustelimme aiheen rajauksesta ja leikkausosaston toiveista opinnäytetyötä koskien. Saimme kuitenkin vapaat kädet toteuttaa työstä omanlaisemme. Olimme jatkuvasti yhteydessä koordinoivan ja ohjaavan opettajan kanssa opinnäytetyön suunnitelmavaihetta työstäessämme.

Suunnitelman teon aloitimme välittömästi aiheanalyysin hyväksymisen jälkeen. Ensimmäisen version saimme valmiiksi sen palautuspäivään mennessä. Tässä vaiheessa emme olleet saaneet teoriataustaa tarpeeksi kattavaksi, joka määrällisessä tutkimuksessa on oltava valmis ennen toteutusvaiheeseen siirtymistä. Myös kyselyn toteuttamiseen tarvittavan luvan saamisen oli edellytyksenä hyvä suunnitelma. Jatkoimme suunnitelman tekoa kesän yli, jonka vuoksi myös toteutuksen aikataulu siirtyi eteenpäin.

Teoreettinen osio rajautuu koskemaan opinnäytetyölle suuntaa antavia teoreettisia kysymyksiä todellisuudesta, ihmisen perusolemuksesta ja kokemuksen rakenteesta, ja ne ovat erillään empiirisestä osuudesta (Perttula 2008, 133 - 134). Opinnäytetyössämme teoreettinen osio kuvasi elektiivisen puudutusleikkauspotilaan hoitoympäristöä leikkausosastolla. Toimme myös esille holistisen ihmiskäsityksen sekä kokemuksen rakenteen pääpiirteittäin. Lisäksi käsitelimme potilastyytyväisyyttä, jonka taustalla hoidon laatua, ja potilaan turvallisuudentunteen tärkeyttä. Opinnäytetyöseminaareissa saimme hyödyllistä tietoa ja apua kattavan teo-

riataustan luomiseen sekä sen sisältöön. Opinnäytetyömme suunnitelma hyväksyttiin syyskuussa 2010.

Olimme jäljessä aikataulusta, mutta opettajamme kannustivat ja rohkaisivat jatkamaan suunnitelman mukaan eteenpäin. Lupa-asiat olivat nopeasti kunnossa suunnitelman hyväksymisen jälkeen ja saimme laittaa kyselyt jakoon. Keräsimme vastauksia 17 päivän ajan. Saimme 11 vastausta, johon olimme pettynyttä verrattuna 20 vastauksen tavoitteeseen. Jouduimme lopettamaan kyselyn ajanpuutteen vuoksi.

Opinnäytetyöprosessin aikana kasvoimme kohti hoitotyön kehittävää asiantuntijuutta. Teimme perusteltuja ja hyviä päätöksiä, mutta opimme myös virheistä ja vastaan tulleista kompastuskivistä. Etsimme keinoja, joilla ratkaista ongelmatilanteita ja löysimmekin niitä. Opimme tutkimuksen teon periaatteista ja toteutustavoista, joita mahdollisesti voimme tulevilla työurillamme hyödyntää.

6.5 Ammatillinen kasvu

Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden mukaan hänen tehtävänä on muun muassa kärsimysten lievittäminen, potilaan voimavarojen tukeminen, potilaan yksilöllinen huomiointi ja hyvän olon edistäminen (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet, 1996). Opinnäytetyössämme selvitimme edellisten tehtävien toteutumista potilaan näkökulmasta. Tulevina hoitotyöntekijöinä osaamme ottaa huomioon kyselyssä esiin nousevia asioita ja toteuttaa hoitotyötä yhä asiakaslähtöisemmin.

Viimeisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoina ammatillisen kasvumme merkitys korostuu opiskelussa, koska valmistuminen ammattiin on lähellä. Ammatillista kasvua tapahtuu jatkuvasti. Opiskelemme ammattikorkeakoulussa hoitotyön ja sairauksien teoriaa, jota sitten sovellamme työelämään käytännön harjoittelussa. Usein tuntuukin, että vasta harjoittelussa oppii todella, mitä sairaanhoitajan työ on.

Hildenin (2002, 33-34) mukaan ammatillinen kasvu käsittää kaikki kehittämistoimet, joilla halutaan lisätä ja ylläpitää ammatillista osaamista. Hän kuvaa osaamisen kehittymistä henki-

lökohtaisilla ominaisuuksilla ja työympäristön piirteillä. Henkilökohtaiset ominaisuudet, kuten sairaanhoitajan pätevyys koostuu yksilön tiedoista, taidoista, kokemuksesta, arvoista ja asenteista, mutta kehittymismielessä, etenkin motivaatiosta sekä ihmissuhdetaidoista (Kauhanen 2003, 144). Edellä mainitut yhdistettynä kannustavaan sekä hyvin organisoituun ja johdettuun työ- tai opiskeluympäristöön luovat suotuisat olosuhteet ammatilliselle kasvulle.

Ammatillinen kasvu opinnäytetyötä tehdessämme näkyy lähteiden kriittisessä tarkastelussa ja tästä on varmasti hyötyä tulevaisuudessakin. Pohdimme eri henkilöiden pätevyyttä kirjoittaa hoitotyöstä. Kirjallisuutta on hoitotyöstä paljon ja oleellisen tiedon löytäminen oli välillä haastavaa. Tällöin jouduimme perehtymään useaan samasta aiheesta olevaan kirjallisuuteen, jolloin myös saimme tietoomme useampia näkökulmia kyseessä olevasta aiheesta.

Opinnäytetyötä tehdessämme kasvoimme kohti sairaanhoitajan ammattia. Opimme tarkastelemaan hoitotyötä sen eri suunnilta: muun muassa potilaan ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Saimme tietoomme opinnäytetyön tuloksissa millaisena potilas kokee hoitoympäristönsä. Tulevina sairaanhoitajina meidän on tärkeää tietää ja ottaa huomioon hyvän sairaanhoidon lisäksi myös potilaan tuntemukset. Näin pystymme yhä paremmin toteuttamaan laadukasta hoitotyötä tulevassa ammatissamme.

LÄHTEET

Backman, K., Isola, A., Kääriäinen, M., Kyngäs, H. & Saarnio, R. 2006. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* Vol. 19, 2/-07. Vammala. Vammalan kirjapaino Oy. 51 - 62.

Hankela, S.1999. Intraoperatiivinen hoitotyö. Empiiriseen aineistoon perustuvan teorian kehittäminen. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Vammala. Vammalan kirjapaino Oy.

Hilden, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tampere. Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. Tutki ja kirjoita. 2008. Helsinki. Tammi.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo. WSOY

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Keuruu. Tammi.

Janhonen, S., Kuokkanen, R., Kääriäinen, S. & Matikka, S-L. 1993. Kehittyvä hoitotyö. Porvoo. WSOY.

Janhonen, M. & Koivusalo, A.-M. 2004. Jorvin sairaalan leikkausosaston perioperatiivisen hoitotyön laatu potilaiden kokemana. HYKS. Jorvin sairaala.

Kananen, J. 2008. Kvantti. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja –sarja. Jyväskylä. Jyväskylän yliopistopaino.

Kauhanen, J. 2003. Henkilöstövoimavarojen johtaminen. Vantaa. WSOY.

Keltinkangas-Järvinen, L. Temperamentti, stressi ja elämänhallinta. 2008. Helsinki. WSOY.

Kinnunen, J., Kvist, T. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2005. Hoidon laatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede* Vol. 18, 3/-06. Vammala. Vammalan kirjapaino Oy. 107 – 119.

Knapp, T.-R. Quantitative Nursing Research. 1998. Thousand Oaks. Sage Publications.

Kurki, L. 2007. ”...Väliaikaisesta majoituspaikasta turvalliseen kotipesään...”. Leikkauspotilaiden kokemuksia heräämöhoidosta ja siirtymisestä heräämöstä vuodeosastolle. Pro gradu –tutkielma. Oulun yliopisto.

Kyrö, P. 2004. Tutkimusprosessi valintojen polkuna. Saarijärvi. Saarijärven Offset Oy.

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Torppa, K. & Ukkola, L. 2005. Terveystenhoitohenkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede* 1/2006. Vammala. Vammalan kirjapaino Oy.

- Laine, T. 2007. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Juva. WS Bookwell Oy. 28 - 45.
- Launis, V. & Louhiala, P. 2009. Parantamisen ja hoitamisen etiikka. Helsinki. Edita.
- Lassila-Latikka, M. 2003. Musiikki rentouttaa ja rauhoittaa myös leikkauspotilasta. Pinsetti Vol. 15, 4/03. Vammala. Vammalan kirjapaino. 21-22.
- Leino-Kilpi, H. 2009. Tieto edistää potilaan turvallisuutta. Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön käsikirja 2009. Helsinki. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 173 - 180.
- Leino-Kilpi, H. & Vuorenheimo, J. 1992. Potilas hoidon laadun arvioijana. Helsinki. VAPK-kustannus.
- Leino-Kilpi, H & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva. WSOY.
- Leino-Kilpi, H., Walta, L., Helenius, H., Vuorenheimo, J. & Välimäki, M. 1994. Hoidon laadun mittaaminen. Potilaslähtöisen Hyvä hoito –mittarin kehittäminen ja mittarilla saadut tulokset. Helsinki. Stakes.
- Leinonen, T. 2002. The quality of perioperative care – Developing a Patient-Oriented Measurement Tool. Akateeminen väitöskirja. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Turku. Painosalama Oy.
- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Maslow, A. H. 1998. Maslow on management. Alkusanat Warren Bennis. New York. John Wiley & Sons, Inc.
- Mattila, L.-R. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Tampere. Tampereen yliopistopaino Oy.
- Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2. uudistettu painos. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Nurkkala, H. 2010. Terveyden edistäminen kuntien perusterveydenhuollossa. Teoksessa Agge, E., Muurinen, S., Nenonen, M. & Wilschman, K.(toim.) Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki. Fioca Oy. 21 - 26.
- O'Malley, J. 1997. Ultimate patient satisfaction. Designing, implementing or rejuvenating an effective patient satisfaction and TQM program. New York. Book-Mart Press, Inc.

- Panelius, M. & Varisto, H. 1995. Perioperatiivisen hoito-opin perusteet. Vantaa. Sairaanhoidtajien koulutussäätiö.
- Pelkonen, M. & Perälä, M.-L. 1992. Hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet. Saarijärvi. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Perttula, J. 2008. Kokemus ja kokemuksen tutkimus: Fenomenologisen erityistieteen tieteen-teoria. Teoksessa Latomaa, T. & Perttula, J. (toim.) Kokemuksen tutkimus. Rovaniemi. La-pin yliopistokustannus. 115 - 162.
- Pietilä, A.-M. 1994. Elämänhallinta ja terveys. Pitkittäistutkimus pohjoissuomalaisilla nuorilla miehillä. Hoitotieteen laitos. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Oulu. Oulun yliopisto.
- Rauhala, R. 2005. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Helsinki. Yliopistopaino.
- Ryynänen, U. 2005. Sairastamisen merkitys ja turvattomuustekijät aikuisiässä. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitos. Kuopio. Kopijyvä.
- Ryynänen, U. 2000. Terveys ja turvallisuus. Teoksessa Lahikainen, A.-R. & Niemelä, P. (toim.) Inhimillinen turvallisuus. Tampere. Vastapaino. 46 - 60.
- Teerijoki, J. 2008. Perioperatiivisen hoidon laatu potilaiden arvioimana. Pro gradu – tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi – opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki. Tammi.
- Töyry, E. 2001. Hoidon ihmisläheisyys erikoissairaanhoidossa- Mittarin kehittäminen ja käyt-tö. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Valli, R. 2010. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tut-kimusmetodeihin I. Juva. WS Bookwell Oy.
- Vastamäki, J. 2010. Kyselylomaketutkimus: tutkimusasetelman ja mittareiden valinta. Teok- sessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Juva. WS Bookwell Oy.
- Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki. Tammi.
- Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä. Tammi.
- Vuori, H. 1993. Terveystieteiden laadunvarmistus. Vammala. Sairaanhoidtajien koulutus-säätiö.

Internet-lähteet

Helena Leino-Kilven julkaisut. 2009. Verkkodokumentti. Turun yliopisto. Viitattu 15.2.2010. <http://www.med.utu.fi/hoitotiede/henkilokunta/HLKJulkaisut04032009.pdf>

Kainuun maakunta -kuntayhtymän arvot. 2007. Verkkodokumentti. Kainuun maakunnan verkkosivut. Viitattu 16.2.2010. http://maakunta.kainuu.fi/kuntayhtymän_arvot

Kainuun maakunta –kuntayhtymän terveystalvet 2008. Verkkodokumentti. Kainuun maakunnan verkkosivut. Viitattu 30.8.2010. <http://maakunta.kainuu.fi/kirurgia>

Kirurgian klinikan oppimisympäristö, leikkausosasto. 2008. Verkkodokumentti. Turun yliopistollisen keskussairaalan sivusto. Viitattu 15.2.2010. <http://www.tyks.fi/fi/2807/12689/>

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996. Verkkodokumentti. Sairaanhoitajaliitto. Viitattu 23.3.2010.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Tutkimusaineistojen tiedonhallinnan käsikirja. 2009. Verkkodokumentti. FSD. Viitattu 13.10.2010. <http://www.fsd.uta.fi/tiedonhallinta/osa3.html>

LIITTEET

- Liite 1 Potilaan kokemuksia leikkausosastolta -mittari
- Liite 2 Luvat mittarin käyttöön Leinoselta ja Leino-Kilveltä
- Liite 3 Saatekirje vuodeosastojen hoitajille
- Liite 4 Saatekirje vastaajille
- Liite 5 Lupa ylihoitajalta
- Liite 6 Toimeksiantosopimus

Vastatkaa kysymyksiin ympyröimällä valitsemanne vaihtoehto tai kirjoittamalla vastauksenne sille varattuun tilaan.

1. Olen a) mies (7)
b) nainen (3)

2. Ikäni on a) 18 – 27 (1) b) 28 - 37 c) 38 - 47
d) 48 - 57 e) 58 – 67 (4) f) 68 tai yli (6)

3. Kuinka selvästi muistatte leikkausosastolla oloaikanne (rengastakaa jokaisen vaihtoehdon kohdalla Teitä parhaiten koskeva vaihtoehto)

	<u>selvästi</u>	<u>epäselvästi</u>	<u>en muista mitään</u>
1. muistan tuloni leikkausosastolle	11	0	0
2. muistan leikkaussalissa oloni toimenpiteeni aikana ..	9	1	1
3. muistan heräämössä oloni.....	9	1	0
4. muistan lähtöni leikkausosastolta	10	1	0

4. Halusitteko kuunnella musiikkia leikkausosastolla ollessanne?

1. kyllä (5) 2. ei (6)

5. Tarjottiinko Teille mahdollisuus musiikin kuunteluun leikkausosastolla ollessanne?

1. kyllä (5) 2. ei (6)

6. Kuinka paljon Teillä oli vuodeosastolla **JUURI ENNEN** leikkausosastolle tuloanne

	<u>paljon</u>	<u>vähän</u>	<u>ei lainkaan</u>	<u>en osaa sanoa</u>
1. kipua.....	0	4	7	0
2. pahoinvointia.....	0	0	11	0
3. vilua / palelemista	0	1	9	0
4. puudutukseen liittyviä pelkoja.....	0	3	8	0
5. leikkaukseen / toimenpiteeseen liittyviä pelkoja..	2	6	1	0
6. tietoa Teille tehtävästä toimenpiteestä.....	7	3	0	0
7. tietoa puudutustavasta	7	4	0	0

7. Kuinka paljon Teillä oli **LEIKKAUKSEN AIKANA**

	<u>paljon</u>	<u>vähän</u>	<u>ei lainkaan</u>	<u>en osaa sanoa</u>
1. kipua.....	0	3	8	0
2. pahoinvointia.....	0	1	9	1
3. vilua / palelemista	0	0	11	0
4. puudutukseen liittyviä pelkoja.....	0	3	8	0
5. leikkaukseen / toimenpiteeseen liittyviä pelkoja..	0	2	8	0
6. tietoa Teille tehtävästä toimenpiteestä.....	7	3	1	0
7. tietoa puudutustavasta	7	3	2	0

Seuraavassa on väittämiä, jotka koskevat hoitoanne leikkausosastolla. Teidän tehtävänne on päättää, missä määrin olette samaa tai eri mieltä esitetyn asian kanssa. Jos kyseistä asiaa ei ole esiintynyt ollenkaan teidän hoidossanne tai ette muista asiasta mitään, rengastakaa vaihtoehto "en pysty arvioimaan tätä asiaa". Valitkaa mielipidettänne parhaiten kuvaava vaihtoehto ympyröimällä sen numero.

	täysin samaa mieltä	lähes samaa mieltä	en samaa enkä eri mieltä	lähes eri mieltä	täysin eri mieltä	en pysty arvioimaan tätä asiaa
1. En joutunut sairaalassa jo ollessani odottamaan liian pitkään pääsyä leikkaussaliin	7	2	1	0	0	1
2. Vastaanotto leikkausosastolle oli miellyttävä	9	2	0	0	0	0
3. Leikkaussalissa toimenpiteen aikana minulle annettiin riittävästi kipulääkettä ja minut pidettiin kivuttomana	10	1	0	0	0	0
4. Leikkauksen jälkeen heräämössä minulle annettiin riittävästi kipulääkettä ja minut pidettiin kivuttomana	11	0	0	0	0	0
5. Minulta kysyttiin riittävän usein autoiko saamani kivun hoito	10	0	0	0	0	1
6. Minua kohdeltiin helläkätisesti ja kipua tuottamatta	10	1	0	0	0	0
7. Minut laitettiin mukavan tuntuiseen leikkausasetoon (telineet tai tuet eivät painaneet minua, eikä asento aiheuttanut kipua tai puutumista)	8	3	0	0	0	0
8. Leikkaussalissa toimenpiteen aikana lämpötilastani huolehdittiin hyvin (käyttämällä tarvittaessa esimerkiksi lämpimiä huopia tai lämpöpuhallinpeittoa)	10	0	0	0	0	1
9. Toimenpiteen jälkeen heräämössä lämpötilastani huolehdittiin hyvin	9	2	0	0	0	0
10. Mielestäni minulle tehty puudutus suoritettiin hyvin	8	2	0	0	0	0
Jos Teidän mielestänne näin ei tapahtunut, kirjoittakaa seuraaville viivoille mitä ongelmia puudutuksessanne oli						
11. Mielestäni leikkaukseni / toimenpiteeni suoritettiin hyvin	11	0	0	0	0	0
Jos Teidän mielestänne näin ei tapahtunut, kirjoittakaa seuraaville viivoille mitä ongelmia toimenpiteessänne oli						
12. Leikkausosaston henkilökunta oli ammattitaitoista.....	10	0	0	0	0	0

	täysin samaa mieltä	lähes samaa mieltä	en samaa enkä eri mieltä	lähes eri mieltä	täysin eri mieltä	en pysty arvioimaan tätä asiaa
13. Hoitohenkilökunta toimi tarkasti ja huolellisesti suorittaessaan hoitoon liittyneitä toimenpiteitä	10	0	0	0	0	0
14. Leikkaussalissa sain riittävästi tietoa minulle tapahtuvista asioista (esim. selitettiin, mitä tehdään ja miksi)	8	1	1	0	0	0
15. Heräämössä sain riittävästi tietoa minulle tapahtuvista asioista	8	1	0	0	0	0
16. Leikkausosastolla minulle selvitettiin leikkaushoitoon liittyvät asiat selkeästi ja perusteellisesti ymmärrettävällä kielellä.....	8	2	0	0	0	0
17. Leikkausosaston sairaanhoitajat kertoivat minulle riittävästi hoitoon liittyvistä asioista	9	1	0	0	0	0
18. Kirurgi kertoi minulle riittävästi leikkaukseeni liittyvistä asioista ...	6	3	1	0	0	0
19. Anestesia lääkäri kertoi minulle riittävästi puudutukseen liittyvistä asioista	6	3	0	0	0	0
Mistä asioista olisitte halunneet enemmän tietoa leikkausosastolla ollessanne:						
<hr/>						
<hr/>						
20. Leikkausosastolla sain vaikuttaa hoitooni henkilökohtaisin mielipitein ja toivomuksin	1	2	2	0	0	4
21. Leikkausosastolla minua rohkaistiin ja tuettiin henkisesti	8	1	0	0	0	0
22. Leikkausosastolla huomioitiin mahdollinen jännittäminen helpottamalla sitä esim. rauhoittavalla lääkkeellä tai keskustelulla	8	2	0	0	0	0
23. Minua kohdeltiin kunnioittavasti ja huomaavaisesti	10	0	0	0	0	0
24. En joutunut leikkausosastolla ollessani tilanteisiin, joissa olisin tuntenut itseni kiusaantuneeksi tai noloksi	10	0	0	0	0	0
25. Hoitoni ei tuntunut "liukuhihnatyöltä" tai persoonattomalta	10	0	0	0	0	0
26. Leikkausosaston henkilökunta oli ystävällistä	10	0	0	0	0	0
27. Leikkausosaston henkilökunta toimi hyvässä yhteistyössä keskenään	10	0	0	0	0	0
28. Henkilökunta käyttäytyi kohteliaasti ja miellyttävästi	10	0	0	0	0	0
29. Minua ei häirinnyt henkilökunnan keskinäinen keskustelu	10	0	0	0	0	0
30. Leikkausosastolla henkilökunnalla oli riittävästi aikaa minulle	9	1	0	0	0	0
31. Leikkausosastolla oli rauhallista ja kiireettömän tuntuista	7	2	0	0	0	0

	täysin samaa mieltä	lähes samaa mieltä	en samaa eri mieltä	lähes eri mieltä	täysin eri mieltä	en pysty arvioimaan tätä asiaa
32. Leikkausosastolla oli leppoisa ja rentouttava ilmapiiri	8	2	0	0	0	1
33. Heräämössä oli rauhallista toipua toimenpiteestä	10	0	1	0	0	0
34. Leikkausosastolla tunsin oloni turvalliseksi	10	1	0	0	0	0
35. Minua ei siirretty heräämöstä vuodeosastolle liian aikaisin.....	10	0	0	0	0	0

LOPUKSI

Jos Teillä on muita leikkaushoitoon liittyviä **mielipiteitä, kehittämisehdotuksia tai terveisiä**, olkaa hyvä ja kertokaa niistä alla olevaan tilaan. Leikkausosaston henkilökunta on kiitollinen saamastaan palautteesta.

Kiitos vastauksistanne ja hyvää jatkoa!

Mittari on muokattu Hyvä perioperatiivinen hoito –mittarista, c Leino-Kilpi & Leinonen 2008

Hyvät opiskelijat,
viitaten tohtori Leinosen viestiin, annan osaltani luvan tähän. Kyseinen mittari on alunperin
kehitetty HYVÄ HOITO-mittarista.
Toivon menestystä.
Turussa 18.2.2010
Helena Leino-Kilpi

Helena Leino-Kilpi PhD, RN
Professor and Chair
Head of the Department of Nursing Science
Director of the Finnish National Post-Graduate School in Nursing Science
University of Turku
Tel: int +358-2-333 8404
Fax: int +358-2-333 8400
Email: helena.leino-kilpi@utu.fi

- > Hei,
- > Myönnän teille omasta puolestani luvan käyttää kehittämäämme
- > kyselylomaketta opinnäytetyössänne. Edellytän, että saan teiltä kopion
- > modifioimastanne mittarista sekä kopion valmiista opinnäytetyöstä.
- > Muistutan teitä vielä, että kyselylomakkeellamme ei mitata
- > potilastyytyväisyyttä vaan potilaiden kokemuksia. Mittarin edelleen
- > kehitetty ja viimeisin versio on liitteenä ja toivoisin teidän
- > käyttävän sitä kehitystyönne pohjana.
- > Onnea ja menestystä opintoihinne.
- > Yst.terv.tuija
- >
- > Tuija Leinonen
- > Lehtori, esh, TtT / Senior lecturer, RN, PhD
- > Turun ammattikorkeakoulu / Turku University of Applied Sciences
- > Terveysala / Health Care
- > Ruiskatu 8 , 20720 Turku
- > tel. +358 40 3550415
- > tuija.leinonen@turkuamk.fi

Kainuun keskussairaalan vuodeosastojen 6 ja 7 hoitotyöntekijät

Olemme kaksi joulukuussa 2010 Kajaanin ammattikorkeakoulusta valmistuvaa sairaanhoitajaopiskelijaa. Teemme parhaillaan opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on selvittää elektiivisten potilaiden kokemuksia leikkausosastolla oloajastaan kyselylomakkeen avulla. Tavoitteena on tuottaa tietoa leikkausosaston hoitajille potilaiden kokemuksista ja mielipiteistä. Toteutamme kyselyn vuodeosastoilla 6 ja 7.

Toivomme, että pyritte antamaan kyselylomakkeen mahdollisimman monelle kohderyhmään kuuluvalla potilaalle.

Kyselyn kohteena ovat: Kainuun keskussairaalan leikkausosastolla elektiivisesti puudutuksessa leikatut täysi-ikäiset osastohoitoon tulevat potilaat.

Potilaan tulee täyttää **kaikki** edellä mainitut kriteerit. Opinnäytetyömme luotettavuuden kannalta on tärkeää, että **kaikilla** kohderyhmään kuuluvilla olisi mahdollisuus vastata kyselyyn!

Potilaalle on tärkeä kertoa:

- Hänen mielipiteensä on tärkeä
- Vastaaminen on vapaaehtoista
- Potilaan henkilöllisyys ei missään vaiheessa käy ilmi
- Valmiit vastaukset palautetaan kirjekuoreen suljettuna osastolla olevaan laatikkoon
- Valmiit vastaukset näkevät vain opinnäytetyön tekijät
- Vastauslomakkeet hävitetään asianmukaisella tavalla opinnäytetyön valmistumisen jälkeen

Olemme toimittaneet osastoillenne kyselylomakkeita, kirjekuoria ja vastauskuoren, jonka käymme tyhjentämässä joka viikko.

Lähteenä on saatekirje potilaille sekä kyselylomake.

Kiitos avustanne ja hyvää syksyn jatkoa!

Tiina Keränen sth7sbtiinak@kajak.fi

Kaisa Meriluoto sth7sbkaisam@kajak.fi

HYVÄ KYSELYYN VASTAAJA,

Saitte tämän kyselyn, koska olette olleet suunnitellussa leikkauksessa joka on tehty puudutuksessa.

Tämä on Kainuun keskussairaalan leikkausosastohoitoa koskeva kysely. Kyselyllä haluamme selvittää kokemuksia ja mielipiteitä saamastanne kohtelusta. Antamanne palaute on tärkeää, jotta saamme tietoa potilaiden tyytyväisyydestä.

Kyselylomake täytetään vuodeosastolla ennen kotiin lähtöä. Edetkää vastaamalla jokaiseen kysymykseen valitsemalla mielipidettänne parhaiten vastaava vaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus sille varattuun tilaan. Kysely toteutetaan syyskuun 2010 aikana.

Kysely on luottamuksellinen ja Teidän henkilöllisyytenne ei tule esille missään vaiheessa. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Kyselylomake palautetaan kirjekuoreen suljettuna hoitajalle tai osastolla olevaan vastauskuoreen.

Toteutamme kyselyn osana opinnäytetyötämme Kajaanin ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa. Valmis opinnäytetyö löytyy sen valmistuttua Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjastosta.

KIITOS JA HYVÄÄ JATKOA

Kajaanissa 30.8.2010

Tiina Keränen, sairaanhoitajaopiskelija
sähköposti: sth7sbtiinak@kajak.fi

Kaisa Meriluoto, sairaanhoitajaopiskelija
sähköposti: sth7sbkaisam@kajak.fi



Kainuun maakunta -kuntayhtymä
Sosiaali- ja terveystoimi

HAKEMUS / LUPA

Ylihoitajan myöntämä lupa opinnäytetyölle/
hoitotieteelliselle tutkimukselle

00.00.0000

Opiskelijan/opiskelijoiden nimet Keränen Tiina ja Meriluoto Kaisa	Osoite Ketunpolku 3 87101 Kajaani	Puhelin
Oppilaitos Kajaanin ammattikorkeakoulu	Koulutusohjelma /suuntautumisvaihtoehto Hoitotyön koulutusohjelma Perioperatiivinen hoitotyö / Kirurginen hoitotyö	
Opinnäytetyön / tutkimuksen nimi Elektiivisen puudutusleikkauspotilaan kokemuksia leikkausosastolta		
Mihin tulosalueen/ vastuualueen/ yksikön kehittämishankkeeseen opinnäytetyö / tutkimus liittyy Operatiivinen tulosalue / leikkausosasto		
Opinnäytetyön / tutkimuksen tavoitteet ja lyhyt kuvaus toteutuksesta Tavoitteena on tuottaa tietoa leikkausosaston työntekijöille potilaiden kokemuksista ja mielipiteistä leikkausosastolla oloajastaan. Keräämme tietoa kyselylomakkeella osastoilla 6 ja 7.		
Opinnäytetyön / tutkimuksen aikataulu Aineistonkeruu syyskuussa, tulosten analysointi ja viimeistely lokakuussa. Opinnäytetyö on valmis 30.11.2010. Kustannuksista vastaa _____ (pvm ja nimi)		
<input type="checkbox"/> Opiskelija / tutkija <input checked="" type="checkbox"/> Tulosalue / vastuualue/ tulosyksikkö, josta sovittu kanssa		
Opinnäytetyön / tutkimuksen raportointi		Raportoinnin ajankohta
<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyö toimitetaan ylihoitajalle <input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyöstä pidetään osastokokous <input type="checkbox"/> Jokin muu tapa, mikä _____		Joulukuu 2010
Työryhmä		
Oppilaitos	Ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys <i>Tiina Johanna RJA JOKELAINEN</i>	Puhelin
Yksikkö / terveysasema	Ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys	Puhelin
	Osastonhoitajan allekirjoitus ja nimenselvennys <i>Kyösti Kangas Kalle KESKINEN</i>	Puhelin
Pvm ja allekirjoitus (hakija / hakijat) 9.9.2010 <i>Tu</i> <i>Ker</i>		

Opiskelija / tutkija täyttää ja vastaa allekirjoitusten hankkimisesta

Päätös

<input checked="" type="checkbox"/> Lupa opinnäytetyöhön / tutkimukseen myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan täydennettäväksi seuraavin muutoksin (lisätillaa kääntöpuolella)
<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi _____
<input type="checkbox"/> Ei Johtoryhmäkäsittelyä <input type="checkbox"/> Anomus hyväksytty johtoryhmässä <input type="checkbox"/> Anomus hylätty johtoryhmässä
Pvm ja allekirjoitus <i>15/9.10 Mari Heikkinen</i>

Kopio myönnetystä luvasta liitteineen lähetetään tulosyksikön osastonhoitajalle ja hallintoylihoitaja Helena Heikkiselle (Sotkamontie 13 Rivitalo B 6, 87140 Kajaani)

7.3.2005



**TOIMEKSIANTOSOPIMUS
OPINNÄYTETYÖT
MUUT OPPIMISPROJEKTIT**

Päiväys

9.9.2010

**TOIMEKSIANTOSOPIMUS OPISKELIJATYÖNÄ TEHTÄVISTÄ OPINNÄYTETÖISTÄ JA
MUISTA OPPIMISPROJEKTEISTA**

TOIMEKSIANTAJAN TIEDOT

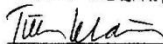
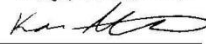
Toimeksiantaja	Kainuun maakunta -kuntayhtymä, leikkausosasto
Osoite ja puhelinnumero	Sotkamontie 13, 87140 Kajaani
Työn ohjaaja toimeksiantajan puolelta	Laakkonen Anu-Leena

TOIMEKSIANNON KUVAUS

Toimeksiannon kuvaus (mahdollinen liite, projek- tikuvaus yms)	Asiakastytyväisyys – elektiivisen potilaan näkökulma. Tarkoituksena on selvittää elektiivisten puudutusleikkauspotilaiden kokemuksia leikkausosastolla oloajastaan kyselyn avulla.
Aikataulu	Kyselyjen jako syyskuu 2010, opinnäytetyö valmis 30.11.2010
Kustannusarvio ja kustannusvastuu	Kustannusvastuu kyselylomakkeiden ja potilaan suostumuslomakkeiden tulostuksesta ja kirjekuorten hankinnasta on toimeksiantajalla.
Lopputuotoksen muoto	Opinnäytetyö

TOIMEKSIANNON TEKIJÄT KAJAANIN AMMATTIKORKEAKOULUSSA

Toimeksiannon tekijät ja yhteystiedot (opiskelijat)	Keränen Tiina ja Meriluoto Kaisa
Toimeksiannon ohjaaja Kajaanin amk:ssa	Jokelainen Irja
Työstä tehdään	<input checked="" type="checkbox"/> opinnäytetyö <input type="checkbox"/> muu, mikä

TIINA KERÄNEN KAISA MERILUOTO
 
 Tekijöiden allekirjoitukset


 Toimeksiantajan allekirjoitus KYLLIKKI KAUPPINEN

HYVINVOINTI
 Sairaanhoidtajakoulutus
 Terveystieteidenkoulutus
 PL 52, (Keränpolku 4)
 87101 Kajaani
 Puh. (08) 6189 9612
 Faksi (08) 6189 9620

PALVELUT
 Restonomikoulutus
 PL 52, (Ketunpolku 3)
 87101 Kajaani
 Puh. (08) 6189 9610
 Faksi (08) 6189 9620

PALVELUT
 Tradenomikoulutus
 PL 52, (Kuntokatu 5)
 87101 Kajaani
 Puh. (08) 6189 9454
 Faksi (08) 6189 9424

TEKNOLOGIA
 Insinöörinkoulutus
 PL 52, (Kuntokatu 5)
 87101 Kajaani
 Puh. (08) 6189 9611
 Faksi (08) 6189 9620

TOIMEKSIANNON KUVAUS

Tavoitteet Toimeksiantajan kannalta	Leikkausosaston toiminnan kehittäminen yhä asiakaslähtöisemmäksi kyselyn tulosten avulla.	
Opiskelijoiden oppimisen kannalta	Opimme toteuttamaan hoitotyötä yhä asiakaslähtöisemmin, kun saamme tietoa millaisena potilas hoitoympäristönsä kokee. Tulevina sairaanhoitajina meidän on tärkeää tietää ja ottaa huomioon hyvän sairaanhoidon lisäksi myös potilaan tuntemukset. Näin pystymme yhä paremmin toteuttamaan laadukasta hoitotyötä. Lisäksi työtä tehdessämme olemme oppineet tarkastelemaan lähteitä kriittisesti ja etsimään uusinta hoitoalan tietoa.	
Keskeiset tuotokset (raportit, suunnitelmat, tuotteet, esitteet, tietokoneohjelmat, tilaisuudet yms.)	Opinnäytetyö, jossa raportoimme kyselyn tulokset. Osastotunti, jolla kerromme tuloksista leikkausosaston hoitajille.	
Sovitut kokoukset ja raportoinnit		
Projektin resurssit		
1. Toimeksiantaja		
2. Opiskelijat		
3. Ammattikorkeakoulun ohjausresurssit		
Kustannusarvio ja kustannusvastuu Materiaalit Laitekustannukset Opiskelijoiden palkkiot Ohjaavan opettajan palkkiot Matkakustannukset Muut	Arvio 30-40e (kyselylomakkeet 40kpl = 160 sivua, suostumuslomakkeet 40kpl = 40 sivua, kirjekuoret 40kpl)	Vastuu Kustannuksista vastaa toimeksiantaja
Muuta Luottamuksellisuus Tekijänoikeudet Laskutus	Kyselyn kysymykset ja käsittely ovat sellaisia, että vastaajan anonymiteetti säilyy koko prosessin ajan. Leikkausosasto voi halutessaan hyödyntää tutkimustuloksia jatkossa.	

Sopimuksessa noudatetaan Kajaanin ammattikorkeakoulun vakioehtoja opiskelijatyönä tehtävistä toimeksiannoista.

HYVINVOINTI

Sairaanhoitajakoulutus
Terveystieteidenkoulutus
PL 52, (Ketunpolku 4)
87101 Kajaani
Puh. (08) 6189 9612
Faksi (08) 6189 9620

PALVELUT

Restonomikoulutus
PL 52, (Ketunpolku 3)
87101 Kajaani
Puh. (08) 6189 9610
Faksi (08) 6189 9620

PALVELUT

Tradenomikoulutus
PL 52, (Kuntokatu 5)
87101 Kajaani
Puh. (08) 6189 9454
Faksi (08) 6189 9424

TEKNOLOGIA

Insinööriopetus
PL 52, (Kuntokatu 5)
87101 Kajaani
Puh. (08) 6189 9611
Faksi (08) 6189 9620